

Matkan peruuntuminen

Vahinkoilmoitus, sivu 1/7

Vahinkoilmoitukseen liitettävät asiakirjat:

- Matkustusasiakirja / lentoliput
- Asiakirjat koskien matkan peruuntumista sekä todistus annetusta maksuhyvityksestä tai korvauksesta
- Lääkärin täyttämä SOS Internationalin lääkärintodistus, katso sivu 3.
- Lääkärintodistus sairauden/tapaturman yhteydessä
- Vahinkoilmoituslomake, katso sivu 2 ja suostumus, sivu 6
- Muun vahingon yhteydessä liitäthän mukaan alkuperäiset tapahtumaa koskevat asiakirjat

Muistathan aina eritellä korvaushakemuksesi, esim. "Lentolippu 400 euroa, hotelli 100 euroa".

TÄRKEÄÄ:

Asian käsittely kestää kauemmin, mikäli et lähetä kaikkia tarvittavia tietoja ja liitteitä. Joudumme tällöin esittämään lisäkysymyksiä ja odottamaan liitteitä.

Vakuutusnottaja	Nimi:	Henkilötunnus:
	Osoite:	
	Postinumero:	Postitoimipaikka:
	Puh. työ / koti:	Sähköposti:
Sairastunut / tapaturman uhri	Nimi:	Henkilötunnus:
	Osoite:	
	Postinumero ja postitoimipaikka:	
Tiedot matkasta	Tarkoitus: <input type="checkbox"/> Loma <input type="checkbox"/> Työmatka <input type="checkbox"/> Loma- ja työmatka	
	<input type="checkbox"/> Muu: _____	
	Milloin matka on varattu? ____ / ____ vuosi ____	Matkakohde / maa: _____
	Suunniteltu lähtöpäivä: ____ / ____ vuosi ____	Kotiinpaluu: ____ / ____ vuosi ____
	Onko matka peruutettu? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä ____ / ____ vuosi ____	
Tiedot vahingosta	Matka peruuntumiseen johtaneen tapahtuman päivämäärä: ____ / ____ vuosi ____	
	Peruuntumisen syy / diagnoosi: _____	
Pankkitiedot	_____	
	Tilinhaltijan nimi	
	_____	_____
	Pankki	Pankin tunnus
Täytetään vain ulkomaisen tilin kohdalla:		
SWIFT/BIC: _____		IBAN: _____

Muut vakuutukset ja luottokortit	Onko sinulla kotivakuutus vastaavan vahingon varalle? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä - ilmoita vakuutusyhtiön nimi ja vakuutuksen numero
	Vakuutusyhtiö: _____
	Vakuutuksen numero: _____
	Onko vahinko ilmoitettu yllämainitulle: <input type="checkbox"/> Kyllä – ilmoita viitenumero: _____ <input type="checkbox"/> Ei
	Onko sinulla muu vakuutus vastaavan vahingon varalle? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä - ilmoita vakuutusyhtiön nimi ja vakuutuksen numero
	Vakuutusyhtiö: _____
	Vakuutuksen numero: _____
	Onko vahinko ilmoitettu yllämainitulle: <input type="checkbox"/> Kyllä – ilmoita viitenumero: _____ <input type="checkbox"/> Ei
	Onko sinulla luottokorttiin liittyvä vakuutus vastaavan vahingon varalle? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä - ilmoita luottokorttityhtiön nimi, luottokortin numero ja luottokorttityyppi
	Luottokortin numero: _____ Luottokorttityyppi: _____ Pankki: _____
Onko vahinko ilmoitettu yllämainitulle: <input type="checkbox"/> Kyllä – ilmoita viitenumero: _____ <input type="checkbox"/> Ei	
Matkan hinta ilman vakuutusta matkan peruuntumisen varalle _____ euroa	
Oletko saanut maksuhyvityksen matkanjärjestäjältä? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä _____ euroa	
Korvaushakemus (ilman palautusta)? _____ euroa	

Lääkärin tiedot	Vahingonkärsijän oman lääkärin nimi:		
	Osoite:		
	Postinumero:	Postitoimipaikka:	
Matkakumppanit	Mikä suhde vahingonkärsijällä on vakuutuksenottajaan? <input type="checkbox"/> Aviopuoliso/avopuoliso <input type="checkbox"/> Vanhempi/appivanhempi <input type="checkbox"/> Lapsi/vävy tai miniä/lapsenlapsi <input type="checkbox"/> Lanko/käly <input type="checkbox"/> Isovanhempi <input type="checkbox"/> Veli/sisko <input type="checkbox"/> Matkakumppani		
	Ilmoita kaikki henkilöt, jotka ovat peruuttaneet saman matkan:		
	Nimi:	Henkilötunnus: Suhde vakuutuksenottajaan:	
Tärkeää!	Huomioithan, että korvaushakemus on osoitettava asiakirjoilla. Alkuperäiset matkustusasiakirjat / lentoliput on liitettävä korvaushakemukseen. Mikäli matka on maksettu luottokortilla tai liikematkatilillä, on siitä liitettävä asiakirja, josta maksu käy ilmi. Kun kyseessä on sairaus tai tapaturma, tulee ilmoitukseen liittää täytetty lääkärinlausunto.		

Allekirjoitus

Vakuutan, että yllä annetut tiedot ovat oikeita. Huomioithan, että virheellisten tai puutteellisten tietojen ilmoittamisen seurauksena vakuutusyhtiö voi alentaa korvausta tai evätä korvauksen kokonaan.

Saatavien siirto: Jos SOS vakuutusyhtiöni toimeksiannosta maksaa täyden korvauksen asiassani, siirrän kaikki vahinkotapahtumaani liittyvät kolmansiin osapuoliin ja kansallisiin/ulkomaisiin terveysviranomaisiin, lentoyhtiöihin ja/tai matkatoimistoihin kohdistuvat saatavani ja oikeudet SOS Internationalille.

I hereby declare on oath that all of the above given information is truthful. Please note that the delivery of incorrect or insufficient information may lead to cancellation or limitation in your insurance company's obligation to provide compensation.

Transfer of claim: In case of full reimbursement from SOS International on behalf of my insurance company, I hereby consent that SOS International subrogates in all rights and claims against third parties and national and foreign authorities, airline companies and/or travel agencies regarding this matter.

Vakuutuksenottajan allekirjoitus: _____ Päiväys: _____

Muistathan, että tapaturman uhrin/sairastuneen on allekirjoitettava sivulla 6 ilmoitus suostumuksesta (onnettomuuden tai sairastumisen yhteydessä). Jos tapaturman uhri/sairastunut on alle 16-vuotias, tulee vanhempien/huoltajan allekirjoittaa ilmoitus suostumuksesta.

Ilmoitus lähetetään: vahingot@sos.eu tai SOS International Oy, PL 66, 00551 Helsinki, puh. +358 9 6131 5065

Lääkärintodistus

Matkan peruuntuminen, sivu 3/6

Omalle lääkärille

SOS International a/s arvioi, onko sairaudella ja matkan peruuntumisella syy-yhteys sekä voiko olemassa olevilla sairauksilla olla syy-yhteys sairastumisen ja potilaan vaivojen kanssa. Sen vuoksi on tärkeää, että ilmoitatte kaikki oireet ja olosuhteet, joilla voi olla merkitystä.

Potilas täyttää	Potilaan nimi: _____	Henkilötunnus: _____
	Lähtöpäivä (jos potilas olisi osallistunut matkalle): _____	
Potilaan lääkäri täyttää	Mistä sairaudesta / tapaturmasta on kyse? Anna tarkka diagnoosi sekä suomeksi että latinaksi: Suomi: _____ Latina: _____	
	Milloin potilas sai tämän sairauden / tapaturman? Päiväys: ____ / ____ vuosi ____	
	Ensimmäisen kyseistä sairautta/tapaturmaa koskevan lääkärikäynnin ajankohta ja paikka: Päiväys: ____ / ____ vuosi ____ Paikka: _____	
	Milloin aloititte potilaan vaivojen tutkimisen? Päiväys: ____ / ____ vuosi ____	
	Milloin ensimmäiset oireet ilmaantuivat? Päiväys: ____ / ____ vuosi ____	
	<u>Vain, jos potilas aikoo matkustaa:</u> Arvioitko, että sairaus / yleiskunto on este matkalle? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei Jos kyllä, miksi? _____	
	Onko potilaalla aikaisemmin ollut sama sairaus / samoja oireita? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä Jos kyllä, milloin? ____ / ____ vuosi ____	
	<u>Kroonisen sairauden osalta:</u> Onko potilaan tila odottamattomasti pahentunut? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei Jos kyllä, milloin? ____ / ____ vuosi ____	
	Onko potilas saanut lähetteen erikoislääkärille, sairaalaan tai vastaavaan? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei Jos kyllä, milloin? ____ / ____ vuosi ____ Minne? _____	
	Huomautuksia (erityiset olosuhteet, jotka on otettava huomioon asian käsittelyssä): _____ _____ _____	
	Allekirjoittanut on laatinut tämän todistuksen havaintojensa, potilaan tietojen, potilaalle asetettujen kysymysten ja tutkimuksen perusteella. Lääkäriin allekirjoitus: _____ Päiväys: _____ Leima: _____ Lääkäriin Y-tunnus: _____	

Lähetetään yhdessä suostumuksen kanssa: vahingot@sos.eu tai SOS International Oy, PL 66, 00551 Helsinki, puh. +358 9 6131 5065

SUOSTUMUSTA KOSKEVAA TIETOA

Miksi suostumus tarvitaan

Kun haette korvausta vakuutusyhtiöltä, teillä on vakuutus sopimuslain mukaan velvollisuus antaa vakuutusyhtiölle kaikki saatavissa olevat ja asiaan liittyvät tiedot. SOS International käsittelee asian vakuutusyhtiön puolesta. Sen vuoksi teidän on annettava SOS Internationalille kaikki tiedot, jotka voivat vaikuttaa asian arvioimiseen ja päätökseen vakuutuskorvauksen suuruudesta.

Esitetyn korvaushakemuksen arvioimiseksi vakuutusyhtiö tarvitsee tiedot vakuutustapahtumasta, jonka vuoksi korvaushakemus on tehty. Tyypillisiä tietoja ovat mm. sairaus, onnettomuus, mahdollinen hoito. Lisäksi voidaan pyytää tietoja olosuhteista ennen sairautta/onnettomuutta, jotta voidaan arvioida, kuuluuko tapahtuma vakuutuksen piiriin vai sen ulkopuolelle.

Vakuutusyhtiö tarvitsee useissa tapauksissa korvaushakemuksessa annettujen tietojen lisäksi myös muita tietoja. Tämä koskee erityisesti esimerkiksi tietoja, jotka ovat luonteeltaan lääketieteellisiä. Vakuutusyhtiön on tämän vuoksi saatava tällaisia lisätietoja niiltä tahoilta, jotka tuntevat olosuhteet ja joilla on asiakirjoja, kuten potilaskertomus tai muita tiedostoja. Ainoastaan sellaisia tietoja voidaan kerätä, jotka vakuutusyhtiö tarvitsee kyseisen asian käsittelemiseksi.

Vakuutuskorvauksen maksu

Teillä on lain mukaan oikeus korvauksen saamiseen kuukauden kuluessa siitä, kun SOS International on saanut tarvittavat tiedot voidakseen arvioida tapauksen ja päättää vakuutuskorvauksen suuruudesta. Tämä on vakuutus sopimuslain mukainen käytäntö.

Hoitava lääkäri voi luovuttaa mm. terveystietoja

Lääkärinne voi suostumuksellanne luovuttaa tietoja terveydentilastanne ja muista yksityisasiasta sekä luottamuksellisista tiedoista.

Voitte aina peruuttaa suostumuksen

Suostumuksenne on voimassa yhden vuoden ajan suostumuksen antoajankohdasta. Kopio tästä suostumuksesta annetaan niille tahoille, joilta SOS International pyytää esim. terveystietoja. Jos kadutte suostumuksen antamista, voitte aina peruuttaa suostumuksen ottamalla yhteyttä SOS Internationaliin, jonka yhteystiedot löytyvät tämän asiakirjan lopusta. Jos peruutatte suostumuksen, peruutus koskee vain henkilötietojen käsittelyä tulevaisuudessa.

Teille ilmoitetaan, kun SOS International kerää tietoja

Aina kun SOS International kerää terveystietoja, saatte tiedon, miksi ja mitä tietoja, miltä ajalta ja keneltä tietoja kerätään.

Henkilötietojen käsittely

Vakuutusyhtiö ja SOS International käsittelevät henkilötietojanne tietosuojalainsäädännön sekä EU:n tietosuojasetuksen mukaisesti.

Tietosuojalainsäädännön puitteissa teillä on oikeus saada tietoa henkilötietojen käsittelystä sekä estää niiden käsittely. Teillä on oikeus pyytää tietojen oikaisua, poistoa tai käsittelyn vastustamista, jos tiedot ovat virheellisiä tai harhaanjohtavia tai niitä on käsitelty lainvastaisesti. Lisäksi teillä on oikeus pyytää tietojen siirtämistä järjestelmästä toiseen.

Jos haluatte käyttää oikeuksianne, ottakaa yhteys SOS Internationaliin kotisivujemme kautta <https://www.sos.eu/fi/itsepalvelu/>.

Jos teillä on lisäkysymyksiä koskien henkilötietojen käsittelyä vakuutuksen osalta, pyydämme teitä ottamaan yhteyttä omaan vakuutusyhtiöönne.

Katsokaa ilmoitus suostumuksesta sivuilla 6-7.

SUOSTUMUS - KUN OLEN LOUKKAANTUNUT TAI SAIRASTUNUT

Annan allekirjoituksellani suostumuksen, että SOS International saa vakuutusyhtiön puolesta käsittelemän korvaushakemuksen käsittelyn yhteydessä kerätä, käyttää ja luovuttaa niitä tietoja minusta, jotka ovat hakemuksen käsittelyn kannalta tarpeen.

SOS International kerää tietoja voidakseen arvioida, olenko oikeutettu saamaan korvauksen. SOS International saa tässä yhteydessä luovuttaa saamiaan tietoja minun tunnistamiseksi (esim. henkilötunnus) ja tietoja vakuutuksestani ja terveydestäni niille tahoille, joilta kerätään tietoa. SOS International tarkentaa tietoja kerätessään, mitä tietoja SOS International tarvitsee asian käsittelemiseksi.

Keneltä tietoja voidaan kerätä?

SOS International voi tällä suostumuksella kerätä tarpeellisia tietoja seuraavilta tahoilta yhden vuoden ajan suostumuksen allekirjoittamisajankohdasta lähtien:

- Nykyinen ja aikaisempi lääkäriini.
- Erikoislääkärit, hammaslääkärit, fysioterapeutit, kiropraktikot ja psykologit
- Julkiset ja yksityiset sairaalat, klinikat, terveyskeskukset ja laboratoriot.
- Muut vakuutusyhtiöt sekä luottokorttiyhtiöt.
- Lentoyhtiöt ja/tai matkatoimistot.
- Kansaneläkelaitos
- Muita asiaan liittyviä osapuolia voidaan lisätä tähän:

Mainitut toimijat saavat tällä suostumuksella yhden vuoden ajan allekirjoitusajankohdasta lähtien luovuttaa tarpeellisia tietoja SOS Internationalille.

Kenelle voidaan luovuttaa tarpeellisia tietoja asiasta?

SOS International voi tämän suostumuksen pohjalta luovuttaa tarpeellisia tietoja seuraaville toimijoille korvaushakemuksen käsittelyn yhteydessä:

- Muut vakuutusyhtiöt, jonne olen ilmoittanut asian, mukaan lukien luottokorttiyhtiöt.
- Lentoyhtiöt ja/tai matkatoimistot.
- Kansaneläkelaitos
- Muita asiaan liittyviä osapuolia voidaan lisätä tähän:

Minkä tyyppisiä tietoja voidaan kerätä, käyttää ja luovuttaa?

Suostumus käsittää seuraavien tietojen keräämisen, käytön ja luovuttamisen:

- Terveystiedot, mukaan lukien tiedot sairauksista, oireista ja yhteydenotoista terveydenhuoltopalveluihin.
- Asiaa koskevat tiedot, mukaan lukien vakuutus- ja matkatiedot

Miltä ajalta tietoja voidaan kerätä?

Suostumus koskee niitä tietoja, jotka ovat ajankohdaltaan yhtä vuotta ennen vahinkoa/matkatilasta siihen ajankohtaan asti, kun SOS International on tehnyt päätöksen korvaushakemuksen pohjalta.

SOS International voi erityisestä syystä saada tietoja myös ajalta ennen tätä ajanjaksoa, mikäli ilmenneet tiedot antavat perusteen kerätä tietoja myös ajanjakson ulkopuolelta.

Suostumuksen peruuttaminen

Suostumuksen voi milloin tahansa peruuttaa. Suostumuksen peruuttaminen koskee käsittelyä tulevaisuudessa. Peruuttaminen voi vaikuttaa asiani käsittelyyn SOS Internationalissa sekä vakuutusyhtiössäni.

Suostumus	Nimi:	Henkilötunnus:
	Allekirjoitus:	Päiväys:
	Jos kyseessä on lapsi, on vanhempien/huoltajien allekirjoitettava:	
	<input type="checkbox"/> Rastita yhteishuoltajuus	
	Nimi (Vanhempi/huoltaja):	Henkilötunnus:
Allekirjoitus:	Päiväys:	
	Nimi (Vanhempi/huoltaja):	Henkilötunnus:
	Allekirjoitus:	Päiväys:

SOS International a/s • Matkavahinkojen korvauskäsittely • Nitvej 6 • 2000 Frederiksberg • Denmark
Puhelin +358 9 6131 5065 • Sähköposti: vahingot@sos.eu
CVR-numero 17013718
Ilmoitus päivitetty, syyskuu 2019