

Sairaala Nova

Hoitajantie 3

40620 Jyväskylä

puh. (014) 269 1681

## KORVAUSANOMUS OMAISUUDEN KATOAMISESTA TAI VAHINGOITTUMISESTA

## Vahingon kärsineen henkilötiedot

Nimi \_\_\_\_\_ Henkilötunnus \_\_\_\_\_

Osoite \_\_\_\_\_

Puhelin \_\_\_\_\_ Pankkiyhteys \_\_\_\_\_

Korvaussumma \_\_\_\_\_ euroa; kuitit/kustannusarvio ohessa

## Vahingon tapahtumapaikka ja -aika

Paikka Keski-Suomen keskussairaala, osasto \_\_\_\_\_ / pkl \_\_\_\_\_

Aika \_\_\_\_\_

## Tapahtumien kulku

(jatko kääntöpuolelle)

Annan suostumukseni, että tämän korvausasian käsittelemiseksi hoitoni liittyviä asiakirjoja saadaan luovuttaa K-S shp:stä asiaa käsittelevälle vakuutusyhtiölle. Asian ratkaisemisen kannalta luovutetaan vain tarpeellisia tietoja.

Hoitoni liittyviä asiakirjoja ei saa luovuttaa asiaa käsittelevälle vakuutusyhtiölle. Tällöin korvauksen käsittely ja päätös voivat perustua puutteellisiin tietoihin.

Paikka ja aika \_\_\_\_\_ Allekirjoitus \_\_\_\_\_

Nimenselvitys \_\_\_\_\_

