

Yleistä tietoa Valitse onko kyse uudesta tai aiemmin sattuneesta vahingosta* (*merkityt kohdat pakollisia.)

Valitse laji	<input type="checkbox"/> Jalkapallo	<input type="checkbox"/> Uusi vahinkoilmoitus	Mikäli vanha vahinko, täytä vahinkonumero _____
	<input type="checkbox"/> Futsal	<input type="checkbox"/> Jatkohakemus vanhaan vahinkoon	

A Vahinkoilmoituksen tekijän tiedot

1. Etunimi*	2. Sukunimi*	3. Piirin nimi*	4. Seuran nimi*
5. Joukkueen nimi tai ikäluokka	6. Puhelinnumero*	7. Sähköpostiosoite	
8. Vahinkoilmoituksen tekijä on sama henkilö kuin vakuutettu/vahingonkärsinyt (kohta C)*		<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei
Paikka ja aika	Allekirjoitus ja nimenselvennys		

B Joukkueen edustajan tiedot

9. Vahinkoilmoituksen tekijä on joukkueen edustaja (joukkueenjohtaja/valmentaja, muu?)*	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei	10. Etunimi*	11. Sukunimi*
13. Seuran nimi*	12. Piirin nimi*	14. Joukkueen nimi*	15. Puhelinnumero*	
16. Sähköpostiosoite*				
Paikka ja aika	Allekirjoitus ja nimenselvennys			

C Pelipassivakuutetun tiedot

17. Etunimi*	18. Sukunimi*	19. Sukupuoli*	<input type="checkbox"/> Mies <input type="checkbox"/> Nainen	20. Henkilötunnus/syntymäaika*
21. Sportti-ID*	22. Piirin nimi*	23. Seuran nimi*	24. Joukkueen nimi*	
25. Lähiosoite*	26. Postinumero*		27. Postitoimipaikka*	
28. Maa*	29. Puhelinnumero*	30. Sähköpostiosoite		

D Tapaturman tiedot

(Pallolla ● merkityt tiedot ovat Suomen Palloliiton määrittelemiä tietoja, joita kerätään peli- ja harjoitusolosuhteiden sekä valmennusohjelmien kehittämiseksi)

31. Tapaturmapäivä (pp.kk.vvvv)*	32. Tapaturmavahingon mahdollisimman yksityiskohtainen kuvaus*					
33. Tapaturmapaikka Suomen Palloliiton ja sen piirien/seurojen järjestämissä otteluissa tai valmennusohjelman mukaisissa harjoituksissa (●)*		<input type="checkbox"/> Ottelussa	<input type="checkbox"/> Harjoitusottelussa	<input type="checkbox"/> Matkalla ottelusta/harjoituksista		
		<input type="checkbox"/> Harjoituksissa	<input type="checkbox"/> Matkalla otteluun/harjoituksiin			
34. Vahingon sattumismaa*	35. Vahinkopaikan osoite (ilmoita mahdollisimman tarkka katuosoite, vähintään pelipaikan ja paikkakunnan nimi)*					
36. Olosuhteet (●)*	<input type="checkbox"/> Sisällä	37. Lämpötilat (●)*	<input type="checkbox"/> -15° – -2° C	<input type="checkbox"/> +2° – +18° C	<input type="checkbox"/> +18° C tai enemmän	
	<input type="checkbox"/> Ulkona		<input type="checkbox"/> -2° – +5° C	<input type="checkbox"/> +12° – +18° C		
38. Sääolot (●)*	<input type="checkbox"/> Vesisadetta	<input type="checkbox"/> Ei sadetta	39. Maaperä (●)*	<input type="checkbox"/> Kuiva	<input type="checkbox"/> Kuiva ja kova	<input type="checkbox"/> Mutainen
	<input type="checkbox"/> Lumisadetta			<input type="checkbox"/> Kova	<input type="checkbox"/> Vetinen ja kova	<input type="checkbox"/> Jäinen
40. Peli-/harjoitus- alusta (●)*	<input type="checkbox"/> Luonnonnurmi	<input type="checkbox"/> Tekonurmi kumirouhetäytteellä		<input type="checkbox"/> Muu	41. Mikäli muu alusta, mikä?*	
	<input type="checkbox"/> Tekonurmi hiekkatäytteellä	<input type="checkbox"/> Hiekkakenttä				
42. Tapaturma- tyyppi (●)*	<input type="checkbox"/> Nyrjähdys (nivelside)	<input type="checkbox"/> Ruhjevamma	<input type="checkbox"/> Murtuma	<input type="checkbox"/> Muu		
	<input type="checkbox"/> Ylirasitusvamma	<input type="checkbox"/> Venähdys (lihasvamma)	<input type="checkbox"/> Sijoiltaanmeno			
43. Mikäli muu tapaturmatyyppi, mikä?*						

44. Vahingoittunut kehonosa (●) (voit tarvittaessa valita useamman kohdan)*	<input type="checkbox"/> Jalkaterä	<input type="checkbox"/> Säari	<input type="checkbox"/> Reisi	<input type="checkbox"/> Selkä	<input type="checkbox"/> Hammas
	<input type="checkbox"/> Nilkka	<input type="checkbox"/> Polvi	<input type="checkbox"/> Nivus	<input type="checkbox"/> Pää/kasvot/niska	<input type="checkbox"/> Käsi
<input type="checkbox"/> Muu	45. Mikäli muu kehonosa, mikä/mitkä? (munuaiset, rinta, vatsa, jne)*		46. Vahingoittunut kehonpuoli (●)*		<input type="checkbox"/> Oikea puoli
			<input type="checkbox"/> Molemmat puolet	<input type="checkbox"/> Vasen puoli	
47. Johtuiko sattunut vahinko sääntörikkomuksesta (●)*	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä, jonkun muun kuin oman toiminnan seurauksena*			
	<input type="checkbox"/> Kyllä, oman toiminnan seurauksena				
48. Vahingon vakavuusaste (●)* (käytä arvion perusteena poissaolon kestoa harjoitusohjelman mukaisesta toiminnasta)	<input type="checkbox"/> Vähäinen, poissa vähemmän kuin yhden (1) viikon	<input type="checkbox"/> Kohtuullinen, poissa viikosta neljään viikkoa			
		<input type="checkbox"/> Vakava, poissa enemmän kuin neljä (4) viikkoa			
49. Mikäli sama kehon osa vahingoittunut aiemmin, kerro milloin ja miten (●)*	<input type="checkbox"/> Kyllä				
	<input type="checkbox"/> Ei				

E Hoitoa ja hoitopaikkaa koskevat tiedot

50. Sopimuslääkäriasemalla	51. Hoitoajankohta (pp.kk.vvvv)	52. Ei-sopimuslääkäriasemalla, Missä?	53. Hoitavan lääkärin nimi
----------------------------	---------------------------------	---------------------------------------	----------------------------

F Muu lisäselvitys

Maksetut kulut

Ennen tositteiden lähettämistä Vektorille, tulee itse maksamistasi hoitokuluista hakea sairausvakuutuslain mukaiset korvaukset. Ota alkuperäisistä tositteista kopiot ja lähetä ne Vektorille alkuperäisen Kelan korvauslaskelman kanssa.

Tähän kirjataan maksetut kulut KELAn maksamien korvausten jälkeen

KELA-korvaukset vähennetään yleensä sopimuslääkäriasemilla automaattisesti, mikäli esität KELA-kortin.

Kuluerä	Selite	Päivämäärä	Vaadittu korvaus
Lääkäripalkkio			
Tutkimukset ja hoito			
Lääkkeet			
Toimistomaksu			
Laskutuslisä			
Matkakulut			
Muut kulut			
54. Liitteet	<input type="checkbox"/> Lääkärintodistus _____ kappaletta alkuperäisiä kuitteja		
	<input type="checkbox"/> Kuitit <input type="checkbox"/> Muu lisäselvitys		

G Korvauksen hakijan tiedot

55. Korvauksen hakija on sama henkilö kuin vahingon ilmoittaja (kohdassa A)*	<input type="checkbox"/> Kyllä	56. Korvauksen hakija on sama henkilö kuin pelipassivakuutettu (kohdassa B)*		<input type="checkbox"/> Kyllä
	<input type="checkbox"/> Ei			<input type="checkbox"/> Ei
57. Etunimi*	58. Sukunimi*	59. Henkilötunnus*	60. Lähiosoite	
61. Postinumero	62. Postitoimipaikka	63. Maa	64. Puhelinnumero	
65. Sähköpostiosoite	66. Tilinumero	67. IBAN tilinumero		
Mikäli kansainvälinen tilinumero	Jos ilmoitit IBAN-tilinumeron (kv-tilinumero) on se 8 tai 11 merkkiä pitkä			
68. Anna pankin BIC-tunnus (pankin yksilöivä tunnus)				

H Lisäselvitykset

69. Onko korvausta haettu/haetaanko korvausta myös toisesta vakuutusyhtiöstä*	<input type="checkbox"/> Kyllä	70. Korvausta on haettu/haetaan vakuutusyhtiöstä
	<input type="checkbox"/> Ei	
71. Sallin niiden, joilla on korvausasian käsittelemisen kannalta tarpeellisia tietoja minusta ja terveydentilastani, antavan näitä tietoja Vektor Vahingonkäsittelylle. Vakuutusyhtiöillä on yhteinen vahinkovakuutuksia koskeva tietojärjestelmä, josta voidaan korvauskäsittelyn yhteydessä tarkistaa eri yhtiöille ilmoitettuja vahinkoja (Tietosuojalautakunnan päätös Nro 1/5.3.2001).*		
Aika ja paikka	Vakuutetun tai hänen huoltajansa allekirjoitus ja nimenselvitys	

Tämän vahinkoilmoituksen voit lähettää liitteineen osoitteella:

Vektor Vahingonkäsittely
PL 1252
00101 HELSINKI

faksi 010 843 9910, vahinko@vektor.fi, puh. 010 843 9900