

ANSÖKAN OM BETALNINGSFÖRBINDELSE

UPPGIFTER OM DEN SÖKANDE			
Skadenummer		Personbeteckning	
Efternamn			
Förnamn			
Gatuadress			
Postnummer		Postanstalt	
Telefon		E-post	

UPPGIFTER FÖR BETALNINGSFÖRBINDELSEN
Precisera typ av betalningsförbindelse som ansöks.
Betalningsförbindelse som behövs på grund av ersatt skada/sjukdom ☐ Fysioterapi (vänligen bifoga läkarutlåtande) ☐ Undersökning och vård: ☐ Medicin: ☐ Hjälpmedel:
Fortlöpande betalningsförbindelser (söks endast en gång, varefter betalningsförbindelsen gäller tills vidare) ☐ Fotvård 3 gånger per kalenderår ☐ Allmän hälsokontroll 1 gång per kalenderår
Annan betalningsförbindelse ☐ Specialundersökning

MER INFORMATION



BILAGOR		
Läkarutlåtandet för fysioterapi		
☐ är bifogad	☐ sänds senare, när:	☐ har redan sänts till:
Läkarutlåtande och kostnadsförslag för nytt hjälpmedel		
☐ är bifogad	☐ sänds senare, när:	☐ har redan sänts till:
Annan bilaga, vilken:		

- i** Skicka in ansökningen elektroniskt via den krypterade e-tjänsten <https://turvaviest.valtiokonttori.fi> (mottagare: sotilasvamma- ja veteraanasiat).
- i** Ansökningen kan även skickas per post: **Statskontoret, PB 60, 00054 STATSKONTORET**. Alla inlämnade dokument omvandlas till elektroniskt format och samtidigt förstörs pappersdokumenten.

Genom att lämna in ansökan försäkrar jag att de uppgifter jag gett i ansökan är riktiga.	
Plats och tid	Underskrift och namnförtydligande
Ifall ansökan är ifylld för den sökandes räkning, behövs namn och kontaktuppgifter om den som fyllt i ansökan (den sökandes underskrift behövs ej)	

