Avaldus teises EL liikmesriigis töötava isiku ülalpeetavatele pereliikmetele ravikindlustuse saamiseks

PALUN TÄITA AVALDUS TRÜKITÄHTEDEGA

**Teises EL liikmesriigis töötava isiku andmed**

|  |  |
| --- | --- |
| Ees- ja perekonnanimi |       |
| Isikukood |       |
| EL liikmesriigi isikukood |       |
| E-posti aadress |       |
| Kontakttelefonid |       |

**Postiaadress**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| /tänav/talu/  |       | /maja/  |       |
| /küla/alevik/  |       | /korter/  |       |
| /vald/linn/  |       | /indeks/  |       |
| /maakond/  |       | /riik/  |       |

**Eestis elavad pereliikmed, kes vajavad ravikindlustust, on:**

|  |  |
| --- | --- |
| Ees- ja perekonnanimi |       |
| Sünniaeg | "     "       |
| Isikukood |       |
| Ees- ja perekonnanimi |       |
| Sünniaeg | "     "       |
| Isikukood |       |
| Ees- ja perekonnanimi |       |
| Sünniaeg | "     "       |
| Isikukood |       |

**Palun märkige, kuidas soovite haigekassa otsust esitatud avaldusele:**

[ ]  tähitud kirjaga

[ ]  e-posti teel krüpteeritult

[ ]  tulen ise haigekassa klienditeenindusse

[ ]  **Tallinn**, Lastekodu 48

[ ]  **Pärnu**, Rüütli 40a

[ ]  **Jõhvi**, Nooruse 5

[ ]  **Tartu**, Põllu 1a

|  |  |
| --- | --- |
| Esitatud dokumentide arv |       |
| Avalduse esitamise kuupäev | “    ”       20     |
| Avalduse esitaja allkiri |       |