Avaldus vormikohase tõendi E104 saamiseks

PALUN TÄITA AVALDUS TRÜKITÄHTEDEGA

**Kindlustusperioodid Eestis**

|  |  |
| --- | --- |
| Ees- ja perekonnanimi |       |
| Isikukood |       |
| E-posti aadress |       |
| Kontakttelefonid |       |

**Täidetakse juhul, kui isik soovib asuda elama teise EL liikmesriiki**

[ ]  Palun lõpetada minu ja/või minu lapse (laste) kindlustus Eesti Haigekassas

**Märkus**: Eesti Haigekassa lõpetab või peatab isiku kindlustuse juhul, kui isik on oma elama asumisest teise EL liikmesriiki teavitanud ka Rahvastikuregistrit.

[ ]  **Soovin vormi iseendale**

[ ]  **Soovin vormi oma alla 18-aastastele lastele**:

|  |  |
| --- | --- |
| Ees- ja perekonnanimi  | Isikukood: |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |

**Soovin vormi kätte saada:**

[ ]  Tulen vormile järele       klienditeenindussse

[ ]  Palun saata vorm e-posti aadressile (sisestage allpool)

[ ]  Palun saata faksile (sisestage number allpool)

[ ]  Palun saada postiaadressile (sisestage allpool)

**Märkida vormi kättesaamise viis ja aadress:**

|  |  |
| --- | --- |
| Isiku või asutuse nimi, kellele vorm saadetakse:  |       |
| E-posti aadress: |       |
| Telefoninumber |       |

**Postiaadress**:

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

|  |
| --- |
| Avalduse esitamise kuupäev “    ”       20     |
| Avalduse esitaja allkiri:       |