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 |  |