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: |  |
| Faksi nr: |  |
| Telefoninumber |  |

**Postiaadress**:

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

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