

Avaldus töövõimetushüvitise dokumentide edastamiseks teise EL liikmesriigi kindlustusasutusele

PALUN TÄIDA AVALDUS TRÜKITÄHTEDEGA ja LISA „ARSTLIKU LÄBIVAATUSE VASTUS“

Isiku andmed:

Ees- ja perekonnanimi

Isikukood või sünniaeg

EL liikmesriigi isikukood

E-posti aadress

Kontakttelefonid

Välisriigi kindlustusasutus ja riik:

Asutus

Riik

Välisriigi tööandja andmed:

Nimi

Kinnitan avalduses esitatud andmete õigsust.

Annan oma nõusoleku avalduses märgitud isiku ja avaldusega kaasas olevate dokumentide eriliigiliste ja muude isikuandmete töötlemiseks, s.h. edastamiseks kolmandatele isikutele, kooskõlas isikuandmete kaitse seadusega. Andmete töötlemise eesmärk on avalduse menetlemine.

Eesti Haigekassa edastab andmed teise riiki läbi turvalise elektroonilise kanali.

ALLKIRI

Avalduse esitamise kuupäev " " 20