Avaldus teises EL liikmesriigis kindlustatud isiku ja/või tema pereliikmete registreerimiseks

PALUN TÄITA AVALDUS TRÜKITÄHTEDEGA

**Teises EL liikmeriigis kindlustatud 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:**

[ ]  lihtkirjaga

[ ]  e-posti teel

|  |  |
| --- | --- |
| Esitatud dokumendi nimetus(vali õige):  | [ ]  E106 [ ]  E109[ ]  E121[ ]  S1 |
| Esitatud dokumendi lehtede arv: |  |
| Avalduse esitamise kuupäev | “    ”       20     |
| Avalduse esitaja allkiri |       |