

Kinnitatud
Eesti Haigekassa juhatuse
12.02.2020 otsusega nr 57

**Avaldus ravikindlustuse seaduse § 22 lõikes 1 nimetatud kindlustatud
isikuga võrdsustamise lepingu sõlmimiseks**

(palume täita trükitähtedega)

Kindlustusvõtja (lepingu sõlmija)	Ees- ja perekonnanimi	Isikukood
	Aadress (tänav, maja, linn, vald, maakond, indeks)	
	Telefon	E-post
	Arvelduskonto number	
<i>NB! Lepingu lõpetamise korral tehakse ettemakse tagasikanne kindlustusvõtja poolt haigekassale viimati teatatud arvelduskontole.</i>		
Olen nõus saama teateid ja arveid e-postiga: Jah Ei		

Soovin lepingu sõlmida:

Iseenda kasuks

Oma ülalpeetava kasuks (täita lahtrid isiku, keda kindlustada soovitakse, andmetega)

Kindlustatav isik	Ees- ja perekonnanimi	Isikukood
	Aadress (tänav, maja, linn, vald, maakond, indeks)	
	Telefon	E-post

Kindlustusperiood	Lepingu kestus	aastat (<i>valida 1 kuni 5 aastat</i>)	
Kindlustusmaksete tasumine	Tasun:	1 kord kvartalis 1 kord aastas	
Kindlustustingimused	Eesti Haigekassa kindlustatud isikuga võrdsustamise lepingu tüüptingimused (kinnitatud Eesti Haigekassa nõukogu 21.02.2020 a otsusega nr 5)		
Kinnitan, et			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ lepingu alusel kindlustuse saaja ei oma õigust ravikindlustusele mõnes teises Euroopa Liidu liikmesriigis, Suurbritannias, Islandil, Liechtensteinis, Norras või Šveitsis ega sundkindlustusele Eestis (ravikindlustuse seaduse mõttes); ▪ olen avaldanud lepingu sõlmimiseks tõesed andmed ja teadlik ebaõige teabe esitamise tagajärgedest; ▪ olen lepingu kohta kehtivad tüüptingimused kätte saanud ning nendega tutvunud; ▪ täidan lepingu sõlmimise järgselt tüüptingimustes sätestatud kohustusi, muuhulgas teavitan viivitamatult Eesti Haigekassat lepingu alusel kindlustuse saaja elama asumisest välisriiki; ▪ annan nõusoleku isikuandmete töötlemiseks kooskõlas isikuandmete kaitse üldmäärusega (Euroopa parlamendi ja nõukogu määrus (EL) 2016/679). 			
Aeg ja koht		Kindlustusvõtja (esindaja) allkiri	

Kindlustusandja	Eesti Haigekassa Lastekodu 48, 10144 Tallinn, registrikood 74000091 Telefon (+372) 669 6630 E-post: info@haigekassa.ee		
Avalduse jõudmine Eesti Haigekassa esindajale	Avalduse vastu võtnud Eesti Haigekassa esindaja ees- ja perekonnanimi	Kuupäev	Allkiri