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     ***NB!*** *Lepingu lõpetamise korral tehakse ettemakse tagasikanne kindlustusvõtja poolt haigekassale viimati teatatud arvelduskontole.* |
| 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 *(valida 1 kuni 5 aastat)* |
| 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:* 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 HaigekassaLastekodu 48, 10113 Tallinn, registrikood 74000091Telefon (+372) 669 6630E-post: info@haigekassa.ee |
| Avalduse jõudmine Eesti Haigekassa esindajale | Avalduse vastu võtnud Eesti Haigekassa esindaja ees- ja perekonnanimi      | KuupäevKliki siia kuupäeva lisamiseks | Allkiri      |