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 Haigekassa Lastekodu 48, 10113 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  Kliki siia kuupäeva lisamiseks | Allkiri |