**Avaldus hüvitise taotlemiseks kindlustatu surma korral**

PALUN TÄITA AVALDUS TRÜKITÄHTEDEGA

Mina,

Ees- ja perekonnanimi

Isikukood

E-posti aadress        
Kontakttelefonid

**Taotlen:** *(tähistada vastav ruut)*

Ajutise töövõimetuse hüvitise

Täiendava ravimihüvitise jäägi

Euroopa Liidu tervishoiuteenuse kulu tagasimakse väljamaksmist seoses isiku surmaga.

**Surnud isiku:**

Ees- ja perekonnanimi

Isikukood

Minu arvelduskonto

**Avaldusele lisan:** *(tähistada vastav ruut)*

Pärimisõiguse dokumendi

Allkiri:

Kuupäev: Kliki siia kuupäeva sisestamiseks