Avaldus töövõimetushüvitise dokumentide edastamiseks teise EL liikmesriigi kindlustusasutusele

PALUN TÄIDA AVALDUS TRÜKITÄHTEDEGA ja LISA „ARSTLIKU LÄBIVAATUSE VASTUS“

**Isiku andmed:**

|  |  |
| --- | --- |
| Ees- ja perekonnanimi |  |
|  |  |
| Isikukood või sünniaeg |  |
| EL liikmesriigi isikukood |  |
| E-posti aadress |  |
| Kontakttelefonid |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Välisriigi kindlustusasutus ja riik:** |  |  |  |
| Asutus |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Riik |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Välisriigi tööandja andmed**: |  |  |  |
| Nimi |  |  |  |
|  |  |  |  |

*Kinnitan avalduses esitatud andmete õigsust.*

*Annan oma nõusoleku avalduses märgitud isiku ja avaldusega kaasas olevate dokumentide eriliigiliste ja muude isikuandmete töötlemiseks, s.h. edastamiseks kolmandatele isikutele, kooskõlas isikuandmete kaitse seadusega. Andmete töötlemise eesmärk on avalduse menetlemine.*

*Eesti Haigekassa edastab andmed teise riiki läbi turvalise elektroonilise kanali.*

ALLKIRI

Avalduse esitamise kuupäev "     "       20