

Terviseuuringute hüvitistaotlus

Application for Medical Check-up Reimbursement

KINDLUSTATUD ISIK / INSURED PERSON

Eesnimi / First name _____ Perekonnanimi / Last name _____ Isikukood / Personal code _____

Telefon / Phone _____ E-post / E-mail _____

Avalduse nr / Application no. 70-5 _____ - _____

TERVISEUURINGUTEGA SEoses KANTUD KULUD / INCURRED COSTS FOR MEDICAL CHECK-UP

Arsti vastuvõtu tasu / Appointment fee _____ eurot

Meditsiiniliste uuringute tasu / Medical for tests and procedures _____ eurot

Palun uuringute eest tasutud summa / Please reimburse medical check-up costs

- arvestada esimeste kindlustusmaksete katteks / by covering first insurance payments
- kanda kindlustuslepingu jõustumisel arvelduskontole / by tranfering the paid amount to bank account

ARVELDUSKONTOANDMED / ACCOUNT DETAILS

Arvelduskonto omanik / Bank account holder _____

Panga nimi / Name of the bank _____

Arvelduskonto nr / Account no. _____

Avaldusele tuleb juurde lisada kuludokumentid / Expense documents must be attached to the application.

Kindlustatud isik / Insured person

Ees- ja perekonnanimi / First and Last name _____ Kuupäev / Date _____ Allkiri / Signature _____

pp.kk.aaaa / dd.mm.yyyy