

**AVALDUS KUTSEHAIGUSE/TÖÖÕNNETUSEGA SEOTUD TÕENDI VÄLJASTAMISEKS**

**1. MINU KUI TAOTLEJA ANDMED:**

|                 |   |
|-----------------|---|
| Eesnimi         |   |
| Perekonnanimi   |   |
| Isikukood       |   |
| E-posti aadress |   |
| Kontakttelefon  |   |
| Postiaadress    | (tänav) (linn/asula) (maakond) (indeks) |

**2. SEOSES KUTSEHAIGUSEST/TÖÖÕNNETUSEST TINGITUD TERVISEKAHJUSTUSEGA PALUN VÄLJASTADA:**

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | hüvitise suuruse kohta (palun välja tuua Sotsiaalkindlustusameti osa protsentides)                              |
| <input type="checkbox"/> | töövõimetuspensioni suuruse kohta   |
| <input type="checkbox"/> | vanaduspensionile s.h soodustingimustel vanaduspensionile jäämisel kahjuhüvitise maksmise jätkamine tähtajatult |
| <input type="checkbox"/> | töövõimekao ulatus kutsehaiguse või tööõnnetuse puhul protsentides  |

**3. TÕEND LISAKULUTUSTE VAJADUSELE**

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | lisakulutuste näidustus - vastavalt ekspertarsti arvamusele lisakulutuste vajadus (palun välja tuua Sotsiaalkindlustusameti osa protsentides) |
|--------------------------|---|

**4. TÕEND PALUN EDASTADA:**

|                 |  |
|-----------------|--|
| Asutuse nimi    |  |
| E-posti aadress |  |

**5. AVALDUSELE LISATUD DOKUMENDID:**

|   |   |       |
|---|---|-------|
| 1 | Tööõnnetuse või kutsehaigestumise raport                          | lehel |
| 2 | Kutsehaiguste ja Töötervishoiu Keskuse teatis kutsehaiguse korral | lehel |
| 3 |   | lehel |
| 4 |   | lehel |

**6. KINNITAN, et:**

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <p>Olen teadlik, et mul on õigus esitada taotlus kutsealase töövõime kaotuse suuruse uueks läbivaatamiseks 30 päeva jooksul pärast teatise saamist.</p> <p>Olen teadlik, et minu isikuandmeid (sh tervise infosüsteemis* sisalduvaid) töödeldakse ulatuses, mis on vajalik hüvitise määramise aluseks olevate asjaolude tuvastamiseks, hüvitise maksmiseks või muuks taotlusest tuleneva tegevuse läbi viimiseks.</p> <p>Enda kohta käivate terviseandmetega on võimalik tutvuda patsiendiportaalis internetiaadressil <a href="http://www.etervis.ee">www.etervis.ee</a> ID- kaardiga sisse logides.</p> |
|--------------------------|---|

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Annan nõusoleku oma andmete saatmiseks digitaalselt (krüpteerimata) avalduses märgitud aadressil |
|--------------------------|--|

**7. AVALDUSE ESITAMISE KUUPÄEV JA ALLKIRI:**

|                          |  |  |
|--------------------------|--|--|
| . . 20 a                 | Taotleja allkiri:                                |  |
| <input type="checkbox"/> | Taotleja on allkirjastanud avalduse digitaalselt |  |