

HUOLTOELÄKEHAKEMUS

HAKIJAN TIEDOT			
Vahinkonumero		Henkilötunnus	
Sukunimi			
Etunimet			
Lähiosoite			
Postinumero		Postitoimipaikka	
Puhelin		Sähköposti	
Tilinumero, jos haette korvausta Valtiokonttorista ensimmäistä kertaa (muodossa FI12 3456 7890 1234 56)			

INVALIDIN TIEDOT			
Vahinkonumero		Henkilötunnus	
Sukunimi			
Etunimet			
Kuolinpäivämäärä			

LISÄTIETOJA

- i** Pyydämme toimittamaan hakemuksen sähköisesti Turvaviestipalvelun kautta: <https://turvaviestivaltiokonttori.fi> (vastaanottaja: sotilasvamman- ja veteraaniasiat).
- i** Hakemuksen voi toimittaa myös postitse: **Valtiokonttori, PL 60, 00054 VALTIOKONTTORI**. Muunnamme asiakirjat sähköiseen muotoon ja hävitämme paperiset asiakirjat. Lähetättehän vain kopioita alkuperäisistä asiakirjoista.

Lähehtämällä hakemuksen vakuutan antamani tiedot oikeiksi.	
Paikka ja aika	Allekirjoitus ja nimeselvennyys
Hakemuksen täyttäjän nimi ja yhteystiedot, mikäli hakemus on täytetty hakijan puolesta (hakijan allekirjoitusta ei vaadita)	

