

## KINDLUSTUSKAITSETE LISAMISE JA MUUTMISE AVALDUS

Käesoleva avalduse täidab kindlustusvõtja või tema volitatud esindaja.

### KINDLUSTUSVÕTJA

Ees- ja perekonnanimi/Ärinimi \_\_\_\_\_ Isikukood/  
Registrikood \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_  
Tänav, maja nr, korteri nr (talu, küla), sihtnumber, linn või vald

Telefon \_\_\_\_\_ E-post \_\_\_\_\_

Kui avalduse täidab kindlustusvõtja volitatud esindaja, tuleb alljärgnevale reale märkida esindaja ees- ja perekonnanimi. Avaldusele palume lisada volitus ja esindaja isikut tõendava dokumendi koopia.

Kindlustuspoliis nr 70-5 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Soovin alates \_\_\_\_\_ oma kindlustuslepingule järgmiseid kindlustuskaitseid.  
Kuu, aasta

#### Põhikindlustus

Uus kindlustussumma / aasta õpperaha / aastapensioni suurus \_\_\_\_\_ või uus põhikindlustuse makse suurus \_\_\_\_\_

Uus kindlustusperioodi lõppkuupäev \_\_\_\_\_ Uus garanteeritud väljamakseage \_\_\_\_\_ aastat  
Päev, kuu, aasta

#### Lisakindlustused

	Isik 1	Isik 2	Kindlustussumma / päevaraha suurus	Makse suurus
Puuduva töövõime lisakindlustus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Kriitiliste haiguste lisakindlustus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Kriitiliste haiguste lisakindlustus lastele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Haiglapäevaraha lisakindlustus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

#### Õnnetusjuhtumikindlustus:

Päevaraha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Haiglapäevaraha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Invaliidsushüvitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Surmajuhtumihüvitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

Makse suurus kokku (põhi- ja lisakindlustuste eest) \_\_\_\_\_

Ravikindlustus Uus soovitud kindlustuspaketi nimetus \_\_\_\_\_

Kindlustussummade suurendamisel või lisakindlustuste sõlmimisel palume lisaks käesolevale avaldusele täita terviseküsimustik.

Paberandjal täidetud avaldusele lisan kindlustusvõtja isikut tõendava dokumendi koopia.

### KINDLUSTUSVÕTJA

### AVALDUSE VASTUVÕTJA

\_\_\_\_\_ Ees- ja perekonnanimi

\_\_\_\_\_ Ees- ja perekonnanimi

Kuupäev \_\_\_\_\_  
Päev, kuu, aasta

Kuupäev \_\_\_\_\_  
Päev, kuu, aasta

Allkiri \_\_\_\_\_

Allkiri \_\_\_\_\_