

KINDLUSTUSLEPINGU MUUTMISE AVALDUS

Kindlustusandjaks on ERGO Life Insurance SE (registreeritud Leedus), kes osutab Eestis teenuseid ERGO Life Insurance SE Eesti filiaali kaudu (edaspidi nimetatud ka Kindlustusandja).

Käesoleva sooviavalduse täidab kindlustusvõtja või tema volitatud esindaja. Sooviavalduse koostaja on kohustatud esitama sooviavalduses õiged ja täielikud andmed ning teatama kindlustusandjale kõigist talle teada olevatest asjaoludest, millel on mõju kindlustusandja otsusele kindlustusleping sõlmida või teha seda kokkulepitud lisatingimustel.

KINDLUSTUSVÕTJA

Ees- ja perekonnanimi _____ Isikukood _____

E-mail _____ Telefon _____

Kindlustuspoliisi, number: 70-5 _____ - _____

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Isikuandmete muutmine | <input type="checkbox"/> Kindlustusmaksete tasumise viisi muutmine | <input type="checkbox"/> Kindlustusmaksete suurendamisest loobumine |
| <input type="checkbox"/> Soodustatud isiku muutmine | <input type="checkbox"/> Kindlustusandja esindaja muutmine | <input type="checkbox"/> Kindlustuspoliisi dublikaadi väljastamine |
| <input type="checkbox"/> Konto numbri muutmine | | |

Käesolevaga soovin:

KINDLUSTUSVÕTJA

Ees- ja perekonnanimi _____

Kuupäev _____
Päev, kuu, aasta

Allkiri _____

KINDLUSTUSANDJA ESINDAJA

Ees- ja perekonnanimi _____

Kuupäev _____
Päev, kuu, aasta

Allkiri _____

Kui teate täidab kindlustusvõtja volitatud esindaja, palume lisada volituse ja volitatu isikut tõendava dokumendi koopia.