

KINDLUSTUSLEPINGU LÕPETAMISE SOOVIAVALDUS

Käesoleva sooviavalduse täidab kindlustusvõtja või tema volitatud esindaja.

KINDLUSTUSVÕTJA

Ees- ja perekonna- nimi/Ärinimi _____ Isikukood/
Registrikood _____

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

Esindaja _____ E-post _____

Telefon _____ Faks _____

Kui sooviavalduse täidab kindlustusvõtja volitatud esindaja, tuleb alljärgnevale reale märkida volitust tõendava dokumendi andmed ja lisada volitus.

Palun lõpetada kindlustusleping (poliis nr _____) alates _____
Tagastatav kindlustusmakse palun _____
Päev, kuu, aasta

kanda arvelduskontole _____
Arvelduskonto number _____ Pank _____

Konto omanik _____
Ees- ja perekonnanimi või ärinimi

arvestada kindlustusmaksiks kindlustuslepingu (poliis nr _____) eest.

Märkused _____

Lepingu lõpetamise põhjus _____

KINDLUSTUSVÕTJA

Esindaja _____
Ees- ja perekonnanimi

Kuupäev _____
Päev, kuu, aasta

Allkiri _____

AVALDUSE VASTUVÕTJA

Esindaja _____
Ees- ja perekonnanimi

Kuupäev _____
Päev, kuu, aasta

Allkiri _____