

Kindlustuslepingu muutmise avaldus

Käesoleva avalduse täidab kindlustusvõtja või tema volitatud esindaja.

KINDLUSTUSVÕTJA

Ees- ja perekonnanimi _____ Isikukood _____

E-mail _____ Telefon _____

Kindlustuspoliisi nr: 70-5 _____ - _____

☐ Isikuandmete muutmine ☐ Soodustatud isiku muutmine ☐ Kindlustusandja esindaja muutmine ☐ Muu

Käesolevaga soovin:

KINDLUSTUSVÕTJA

_____ Ees- ja perekonnanimi

Kuupäev _____
pp.kk.aaaa

Allkiri _____

AVALDUSE VASTUVÕTJA

_____ Ees- ja perekonnanimi

Kuupäev _____
pp.kk.aaaa

Allkiri _____