

Kindlustuslepingu ülevõtmise avaldus

Käesoleva avalduse täidab kindlustusvõtja või tema volitatud esindaja.

KINDLUSTUSVÕTJA

Ees- ja perekonna-
nimi/Ärinimi

Isikukood/
Registrikood

Sünnikoht

Kodakondsus

Aadress

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

UUS KINDLUSTUSVÕTJA

Ees- ja perekonna-
nimi/Ärinimi

Isikukood/
Registrikood

Aadress

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.

Teatame, et praegune kindlustusvõtja soovib alates _____ anda oma kindlustuslepingust
tulenevad õigused ja kohustused üle uuele kindlustusvõtjale. Päev, kuu, aasta

Taotleme kindlustusandja nõusolekut sellega, et uus kindlustusvõtja võtab kindlustuslepingu üle. Kindlustuslepingu üleandmisega annab praegune kindlustusvõtja kindlustuslepinguga seotud kogu dokumentatsiooni üle uuele kindlustusvõtjale.

Avaldusele lisame praeguse kindlustusvõtja isikut tõendava dokumendi koopia, uue kindlustusvõtja isikut tõendava dokumendi koopia.

KINDLUSTUSVÕTJA

Ees- ja perekonnanimi

Kuupäev

Päev, kuu, aasta

Allkiri

AVALDUSE VASTUVÕTJA

Ees- ja perekonnanimi

Kuupäev

Päev, kuu, aasta

Allkiri

UUS KINDLUSTUSVÕTJA

Ees- ja perekonnanimi

Kuupäev

Päev, kuu, aasta

Allkiri