

Elukindlustuslepingu muutmise avaldus kuni 5 isikut

Käesoleva avalduse täidab kindlustusvõtja või tema volitatud esindaja.

KINDLUSTUSVÕTJA

Ees- ja perekonna- Isikukood/
nimi/ Ettevõtte nimi Registrikood

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

Telefon E-post

Kindlustusvõtja volitatud esindaja ees- ja perekonnanimi. Avaldusele palume lisada volitus ja esindaja isikut tõendava dokumendi koopia.

Kindlustuspoliisi nr 70-5

Soovin kindlustuslepingut muuta alates
pp.kk.aaaa

☐ Kindlustusmakse sagedus ☐ kuu ☐ kvartal ☐ poolaasta ☐ aasta

Kindlustatud isik 1:

Lisada Eemaldada Muuta kindlustuskaitseid

Ees- ja
perekonnanimi Isikukood

Kindlustuskaitseid

Märkige kindlustuslepingus uus soovitud kindlustussumma. Kui Te ei märgi uut kindlustussummat, siis jääb kehtima olemasolev summa.

Kindlustussumma, EUR

Elukindlustus

Vähi- ja kriitiliste haiguste kindlustus:

Lapse kriitiliste haiguste kindlustus

Puuduva töövõime kindlustus

Haiglapäevaraha (5-70 EUR)

Õnnetusjuhtumikindlustus

Kindlustussumma, EUR

Surmahüvitis

Püsiv puue

Traumahüvitis

Päevaraha (5-70 EUR)

Täiendav meditsiiniline abi 10 000 EUR

Soodustatud isik(ud) surma korral:

Pärija(d) Muu isik:

Eesnimi

Perekonnanimi

Isikukood

Kodakondsus Eesti Muu

Maksuresidentsus Eesti Muu

Kindlustatud isik 2:

Lisada

Eemaldada

Muuta kindlustuskaitseid

Ees- ja

perekonnanimi _____ Isikukood _____

Kindlustuskaitseid

Märkige kindlustuslepingus uus soovitud kindlustussumma. Kui Te ei märgi uut kindlustussummat, siis jääb kehtima olemasolev summa.

Kindlustussumma, EUR

Elukindlustus

Vähi- ja kriitiliste haiguste kindlustus:

Lapse kriitiliste haiguste kindlustus

Puuduva töövõime kindlustus

Haiglapäevaraha (5-70 EUR)

Soodustatud isik(ud) surma korral:

Pärija(d)

Muu isik:

Õnnetusjuhtumikindlustus:

Kindlustussumma, EUR

Surmahüvitis

Püsiv puue

Traumahüvitis

Päevaraha (5-70 EUR)

Täiendav meditsiiniline abi 10 000 EUR

Eesnimi

Perekonnanimi

Isikukood

Kodakondsus

Eesti

Muu

Maksuresidentsus

Eesti

Muu

Kindlustatud isik 3:

Lisada

Eemaldada

Muuta kindlustuskaitseid

Ees- ja

perekonnanimi _____ Isikukood _____

Kindlustuskaitseid

Märkige kindlustuslepingus uus soovitud kindlustussumma. Kui Te ei märgi uut kindlustussummat, siis jääb kehtima olemasolev summa.

Kindlustussumma, EUR

Elukindlustus

Vähi- ja kriitiliste haiguste kindlustus:

Lapse kriitiliste haiguste kindlustus

Puuduva töövõime kindlustus

Haiglapäevaraha (5-70 EUR)

Soodustatud isik(ud) surma korral:

Pärija(d)

Muu isik:

Õnnetusjuhtumikindlustus:

Kindlustussumma, EUR

Surmahüvitis

Püsiv puue

Traumahüvitis

Päevaraha (5-70 EUR)

Täiendav meditsiiniline abi 10 000 EUR

Eesnimi

Perekonnanimi

Isikukood

Kodakondsus

Eesti

Muu

Maksuresidentsus

Eesti

Muu

Kindlustatud isik 4:

Lisada

Eemaldada

Muuta kindlustuskaitseid

Ees- ja

perekonnanimi _____ Isikukood _____

Kindlustuskaitseid

Märkige kindlustuslepingus uus soovitud kindlustussumma. Kui Te ei märgi uut kindlustussummat, siis jääb kehtima olemasolev summa.

Kindlustussumma, EUR

Elukindlustus

Õnnetusjuhtumikindlustus:

Kindlustussumma, EUR

Vähi- ja kriitiliste haiguste kindlustus:

Surmahüvitis

Püsiv puue

Lapse kriitiliste haiguste kindlustus

Traumahüvitis

Puuduva töövõime kindlustus

Päevaraha (5-70 EUR)

Haiglapäevaraha (5-70 EUR)

Täiendav meditsiiniline abi 10 000 EUR

Soodustatud isik(ud) surma korral:

Pärija(d)

Muu isik:

Eesnimi

Perekonnanimi

Isikukood

Kodakondsus

Eesti

Muu

Maksuresidentsus

Eesti

Muu

Kindlustatud isik 5:

Lisada

Eemaldada

Muuta kindlustuskaitseid

Ees- ja

perekonnanimi _____ Isikukood _____

Kindlustuskaitseid

Märkige kindlustuslepingus uus soovitud kindlustussumma. Kui Te ei märgi uut kindlustussummat, siis jääb kehtima olemasolev summa.

Kindlustussumma, EUR

Elukindlustus

Õnnetusjuhtumikindlustus:

Kindlustussumma, EUR

Vähi- ja kriitiliste haiguste kindlustus:

Surmahüvitis

Püsiv puue

Lapse kriitiliste haiguste kindlustus

Traumahüvitis

Puuduva töövõime kindlustus

Päevaraha (5-70 EUR)

Haiglapäevaraha (5-70 EUR)

Täiendav meditsiiniline abi 10 000 EUR

Soodustatud isik(ud) surma korral:

Pärija(d)

Muu isik:

Eesnimi

Perekonnanimi

Isikukood

Kodakondsus

Eesti

Muu

Maksuresidentsus

Eesti

Muu

Kindlustussummade suurendamisel või kindlustuskaitsete lisamisel tuleb täita ja allkirjastatult esitada terviseküsimustik.
Paberkandjal täidetud avaldusele tuleb lisada kindlustusvõtja isikut tõendava kehtiva dokumendi koopia.

Kindlustusvõtja

_____ Ees- ja perekonnanimi

Kuupäev _____
pp.kk.aaaa

Allkiri _____

Avalduse vastuvõtja

_____ Ees- ja perekonnanimi

Kuupäev _____
pp.kk.aaaa

Allkiri _____