

Elukindlustuslepingu muutmise avaldus

Käesoleva avalduse täidab kindlustusvõtja või tema volitatud esindaja.

KINDLUSTUSVÕTJA

Ees- ja perekonna- nimi/ Ettevõtte nimi _____ Isikukood/
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:

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

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