

Kindlustuslepingu ülevõtmise avaldus

Application for Transfer of Insurance Contract

KINDLUSTUSVÕTJA / POLICYHOLDER

Eesnimi / First name

Perekonnanimi / Last name

Isikukood / Personal code

Address / Address

Tänav, maja nr, korteri nr (talu, küla), sihtnumber, linn või vald / Street, house no, apt no, (farm, village) postal code, city or district or parish

Telefon / Phone

E-post / E-mail

UUS KINDLUSTUSVÕTJA / NEW POLICYHOLDER

Eesnimi / First name

Perekonnanimi / Last name

Isikukood / Personal code

Address / Address

Tänav, maja nr, korteri nr (talu, küla), sihtnumber, linn või vald / Street, house no, apt no, (farm, village) postal code, city or district or parish

Telefon / Phone

E-post / E-mail

Sünnikoht / Place of birth

Kodakondsus / Citizenship

Maksuresidentsus / Residency

Olen riikliku taustaga isik /
I am a politically exposed person

☐ Jah / Yes
☐ Ei / No

Soovime üle anda kindlustuslepingust tulenevad õigused ja kohustused uuele kindlustusvõtjale alates /

We wish to transfer the rights and obligations arising from the insurance contract to the new policyholder from

Kindlustuspoliisi nr /
Policy no.

70-5

-

pp.kk.aaaa / dd.mm.yyyy

Poolte kokkuleppel antakse uuele kindlustusvõtjale üle kogu lepinguga seotud dokumentatsioon /

By agreement of the parties, all documentation related to the policy will be transferred to the new policyholder

Avaldusele tuleb lisada mõlema osapoole isikut tõendava dokumendi koopia / Copies of the identity documents of both parties are attached to the application.

Kindlustusvõtja / Policyholder

Ees- ja perekonnanimi / First and Last name

Kuupäev / Date

Allkiri / Signature

pp.kk.aaaa / dd.mm.yyyy

Uus kindlustusvõtja / New policyholder

Ees- ja perekonnanimi / First and Last name

Kuupäev / Date

Allkiri / Signature

pp.kk.aaaa / dd.mm.yyyy