

# Elukindlustuslepingu muutmise avaldus

## Life Insurance Policy Change

### 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

Kindlustuspoliisi nr /  
Policy no.

70-5 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Soovin kindlustuslepingut muuta alates /  
I would like to change the policy from

pp.kk.aaaa / dd.mm.yyyy

Kindlustusmakse sagedus /  
Payment frequency

kuu / monthly  kvartal / quarterly  
 poolaasta / semi-annual  aasta / annual

### KINDLUSTATUD ISIK 1 / INSURED PERSON 1

Lisada isik / Add insured person  Eemaldada isik / Remove insured person  Muuta kaitseid / Change coverages

Eesnimi / First name

Perekonnanimi / Last name

Isikukood / Personal code

### Kindlustuskaitseid / Insurance coverages

Märkige kindlustuslepingus uus soovitud kindlustussumma. Kui Te ei märgi uut kindlustussummat, siis jääb kehtima olemasolev summa /  
Indicate the new desired insurance sum in the policy. If you do not make an indication for valid insurance coverages, then existing amount will remain as is.

	Kindlustussumma / Insurance sum, EUR		Kindlustussumma / Insurance sum, EUR
Elukindlustus / Life insurance	_____	Õnnetusjuhtumikindlustus / Accident insurance	_____
Vähi- ja kriitiliste haiguste kindlustus / Cancer and critical illness	_____	Surmahüvitis / Death indemnity	_____
Lapse kriitiliste haiguste kindlustus / Childs critical illness	_____	Püsiv puue / Disability indemnity	_____
Puuduva töövõime kindlustus / Total permanent disability	_____	Traumahüvitis / Trauma indemnity	_____
Haiglapäevarahaga / Hospital allowance	_____	Päevaraha / Daily indemnity (5-70 EUR)	_____
		Täiendav meditsiiniline abi / Additional medical help	<input type="checkbox"/> Jah <input type="checkbox"/> Ei

### Soodustatud isik(ud) surma korral / Beneficiaries in case of death

Päriljad / Heirs

Nimeliselt määratud isik / Named person

Eesnimi / First name

Perekonnanimi / Last name

Isikukood / Personal code

Kodakondsus / Citizenship

Maksuresidentsus / Residency

## KINDLUSTATUD ISIK 2 / INSURED PERSON 2

Lisada isik / Add insured person  Eemaldada isik / Remove insured person  Muuta kaitseid / Change coverages

Eesnimi / First name

Perekonnanimi / Last name

Isikukood / Personal code

### Kindlustuskaitseid / Insurance coverages

Märkige kindlustuslepingus uus soovitud kindlustussumma. Kui Te ei märgi uut kindlustussummat, siis jääb kehtima olemasolev summa / Indicate the new desired insurance sum in the policy. If you do not make an indication for valid insurance coverages, then existing amount will remain as is.

	Kindlustussumma / Insurance sum, EUR		Kindlustussumma / Insurance sum, EUR
Elukindlustus / Life insurance	_____	Õnnetusjuhtumikindlustus / Accident insurance	_____
Vähi- ja kriitiliste haiguste kindlustus / Cancer and critical illness	_____	Surmahüvitis / Death indemnity	_____
Lapse kriitiliste haiguste kindlustus / Childs critical illness	_____	Püsiv puue / Disability indemnity	_____
Puuduva töövõime kindlustus / Total permanent disability	_____	Traumuahüvitis / Trauma indemnity	_____
Haiglapäevarama / Hospital allowance	_____	Päevarama / Daily indemnity (5-70 EUR)	_____
		Täiendav meditsiiniline abi / Additional medical help	<input type="checkbox"/> Jah <input type="checkbox"/> Ei

### Soodustatud isik(ud) surma korral / Beneficiaries in case of death

Pärijad / Heirs

Nimeliselt määratud isik / Named person

Eesnimi / First name

Perekonnanimi / Last name

Isikukood / Personal code

Kodakondsus / Citizenship

Maksuresidentsus / Residency

## KINDLUSTATUD ISIK 3 / INSURED PERSON 3

Lisada isik / Add insured person  Eemaldada isik / Remove insured person  Muuta kaitseid / Change coverages

Eesnimi / First name

Perekonnanimi / Last name

Isikukood / Personal code

### Kindlustuskaitseid / Insurance coverages

Märkige kindlustuslepingus uus soovitud kindlustussumma. Kui Te ei märgi uut kindlustussummat, siis jääb kehtima olemasolev summa / Indicate the new desired insurance sum in the policy. If you do not make an indication for valid insurance coverages, then existing amount will remain as is.

	Kindlustussumma / Insurance sum, EUR		Kindlustussumma / Insurance sum, EUR
Elukindlustus / Life insurance	_____	Õnnetusjuhtumikindlustus / Accident insurance	_____
Vähi- ja kriitiliste haiguste kindlustus / Cancer and critical illness	_____	Surmahüvitis / Death indemnity	_____
Lapse kriitiliste haiguste kindlustus / Childs critical illness	_____	Püsiv puue / Disability indemnity	_____
Puuduva töövõime kindlustus / Total permanent disability	_____	Traumuahüvitis / Trauma indemnity	_____
Haiglapäevarama / Hospital allowance	_____	Päevarama / Daily indemnity (5-70 EUR)	_____
		Täiendav meditsiiniline abi / Additional medical help	<input type="checkbox"/> Jah <input type="checkbox"/> Ei

#### Soodustatud isik(ud) surma korral / Beneficiaries in case of death

Pärijad / Heirs

Nimeliselt määratud isik / Named person

Eesnimi / First name

Perekonnanimi / Last name

Isikukood / Personal code

Kodakondsus / Citizenship

Maksuresidentsus / Residency

#### KINDLUSTATUD ISIK 4 / INSURED PERSON 4

Lisada isik / Add insured person  Eemaldada isik / Remove insured person  Muuta kaitseid / Change coverages

Eesnimi / First name

Perekonnanimi / Last name

Isikukood / Personal code

#### Kindlustuskaitseid / Insurance coverages

Märgige kindlustuslepingus uus soovitud kindlustussumma. Kui Te ei märgi uut kindlustussummat, siis jääb kehtima olemasolev summa / Indicate the new desired insurance sum in the policy. If you do not make an indication for valid insurance coverages, then existing amount will remain as is.

	Kindlustussumma / Insurance sum, EUR		Kindlustussumma / Insurance sum, EUR
Elukindlustus / Life insurance	_____	Õnnetusjuhtumikindlustus / Accident insurance	_____
Vähi- ja kriitiliste haiguste kindlustus / Cancer and critical illness	_____	Surmahüvitis / Death indemnity	_____
Lapse kriitiliste haiguste kindlustus / Childs critical illness	_____	Püsiv puue / Disability indemnity	_____
Puuduva töövõime kindlustus / Total permanent disability	_____	Traumahüvitis / Trauma indemnity	_____
Haiplapäevaraha / Hospital allowance	_____	Päevaraha / Daily indemnity (5-70 EUR)	_____
		Täiendav meditsiiniline abi / Additional medical help	<input type="checkbox"/> Jah <input type="checkbox"/> Ei

#### Soodustatud isik(ud) surma korral / Beneficiaries in case of death

Pärijad / Heirs

Nimeliselt määratud isik / Named person

Eesnimi / First name

Perekonnanimi / Last name

Isikukood / Personal code

Kodakondsus / Citizenship

Maksuresidentsus / Residency

**KINDLUSTATUD ISIK 5 / INSURED PERSON 5**

Lisada isik / Add insured person  Eemaldada isik / Remove insured person  Muuta kaitseid / Change coverages

Eesnimi / First name

Perekonnanimi / Last name

Isikukood / Personal code

**Kindlustuskaitseid / Insurance coverages**

Märkige kindlustuslepingus uus soovitud kindlustussumma. Kui Te ei märgi uut kindlustussummat, siis jääb kehtima olemasolev summa / Indicate the new desired insurance sum in the policy. If you do not make an indication for valid insurance coverages, then existing amount will remain as is.

	Kindlustussumma / Insurance sum, EUR		Kindlustussumma / Insurance sum, EUR
Elukindlustus / Life insurance	_____	Õnnetusjuhtumikindlustus / Accident insurance	_____
Vähi- ja kriitiliste haiguste kindlustus / Cancer and critical illness	_____	Surmahüvitis / Death indemnity	_____
Lapse kriitiliste haiguste kindlustus / Childs critical illness	_____	Püsiv puue / Disability indemnity	_____
Puuduva töövõime kindlustus / Total permanent disability	_____	Traumahüvitis / Trauma indemnity	_____
Haiglapäevarama / Hospital allowance	_____	Päevaraha / Daily indemnity (5-70 EUR)	_____
		Täiendav meditsiiniline abi / Additional medical help	<input type="checkbox"/> Jah <input type="checkbox"/> Ei

**Soodustatud isik(ud) surma korral / Beneficiaries in case of death**

Pärijad / Heirs

Nimeliselt määratud isik / Named person

Eesnimi / First name

Perekonnanimi / Last name

Isikukood / Personal code

Kodakondsus / Citizenship

Maksuresidentsus / Residency

Kindlustussummade suurendamisel või kindlustuskaitsete lisamisel tuleb täita ja allkirjastatult esitada terviseküsimustik / When increasing insurance sum or adding new insurance coverage, a health questionnaire must be completed and signed

Paber kandjal täidetud avaldusele tuleb lisada kindlustusvõtja isikut tõendava kehtiva dokumendi koopia / A copy of the policyholder's valid identity document must be attached in case of paper application

**Kindlustusvõtja / Policyholder**

Ees- ja perekonnanimi / First and Last name

Kuupäev / Date

Allkiri / Signature

pp.kk.aaaa / dd.mm.yyyy