

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 / INSURED PERSON

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

Elukindlustus / Life insurance

Õnnetusjuhtumikindlustus / Accident insurance

Kindlustussumma /
Insurance sum, EUR

Vähi- ja kriitiliste haiguste kindlustus /
Cancer and critical illness

Surmahüvitis / Death indemnity

Püsiv puue / Disability indemnity

Lapse kriitiliste haiguste kindlustus /
Childs critical illness

Traumahüvitis / Trauma indemnity

Puuduva töövõime kindlustus /
Total permanent disability

Päevaraha / Daily indemnity (5-70 EUR)

Täiendav meditsiiniline abi / Additional medical help

Jah Ei

Haiglapäevaraha /
Hospital allowance

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