

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 (talv, 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	
		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

☐ 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

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

Traumuhüvitis / 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

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

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

Traumuhüvitis / 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

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

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

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	
		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

Paberkandjal 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