

Kindlustuslepingu muutmise avaldus

Policy change application

KINDLUSTUSVÕTJA / POLICYHOLDER

Eesnimi / First name

Perekonnanimi / Last name

Isikukood / Personal code

Telefon / Phone

E-post / E-mail

SOOVIN LEPINGUL MUUTA / I WOULD LIKE TO CHANGE ON THE POLICY

☐ Isikuandmeid / Personal data ☐ Soodustatud isik / Beneficiary ☐ Muu / Other

Paberkanjal 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