

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

Sünniriik / Country of birth

Kodakondsus / Citizenship

Maksuresidentsus /
Tax residency

Olen riikliku taustaga isik /
I am a politically exposed person

Jah / Yes
 Ei / No

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

I 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

Uuele kindlustusvõtjale antakse üle kogu lepinguga seotud dokumentatsioon /
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