

Elukindlustuslepingu muutmise avaldus ühe kindlustatu kohta

Life Insurance Policy Change for One Insured

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

*Kindlustussumma (KS) perioodi lõpus kui soovite kindlustussumma proportsionaalset vähenemist. Valik ei ole võimalik investeerimisriskiga elukindlustuse poliisil /
*Insurance sum (IS) in the end of policy period, if you choose proportional decrease. Not available for Unit Link policy.

Kindlustussumma /
Insurance sum, EUR

KS perioodi lõpus* /
IS in the end of period*, EUR

Elukindlustus / Life insurance

Vähi- ja kriitiliste haiguste kindlustus /
Cancer and critical illness

Lapse kriitiliste haiguste kindlustus /
Child's critical illness

Puuduva töövõime kindlustus /
Total permanent disability

Haiglapäevaraha / Hospital allowance

Õnnetusjuhtumikindlustus / Accident insurance

Surmahüvitis / Death indemnity

Püsiv puue / Disability indemnity

Traumahüvitis / Trauma indemnity

Päevaraha / Daily allowance (5-70 EUR)

Täiendav meditsiiniline abi / Additional medical help

Jah /
Yes

Ei /
No

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

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