

KINDLUSTUSLEPINGU ÜLEVÕTMISE AVALDUS

Käesoleva avalduse täidab kindlustusvõtja või tema volitatud esindaja.

KINDLUSTUSVÕTJA

Ees- ja perekonna-
nimi/Ärinimi _____

Isikukood/
Registrikood _____

Sünnikoht _____ Kodakondsus _____

Address _____
Tänav, maja nr, korteri nr (talu, küla), sihtnumber, linn või vald

Telefon _____ E-post _____

Kui avalduse täidab kindlustusvõtja volitatud esindaja, tuleb alljärgnevale reale märkida esindaja ees- ja perekonnanimi. Avaldusele palume lisada volitus ja esindaja isikut tõendava dokumendi koopia.

Kindlustuspoliis nr 70-5 _____ - _____

UUS KINDLUSTUSVÕTJA

Ees- ja perekonna-
nimi/Ärinimi _____ Isikukood/
Registrikood _____

Address _____
Tänav, maja nr, korteri nr (talu, küla), sihtnumber, linn või vald

Telefon _____ E-post _____

Kui avalduse täidab kindlustusvõtja volitatud esindaja, tuleb alljärgnevale reale märkida esindaja ees- ja perekonnanimi. Avaldusele palume lisada volitus ja esindaja isikut tõendava dokumendi koopia.

Teatame, et praegune kindlustusvõtja soovib alates _____ anda oma kindlustuslepingust
tulenevad õigused ja kohustused üle uuele kindlustusvõtjale. Päev, kuu, aasta

Taotleme kindlustusandja nõusolekut sellega, et uus kindlustusvõtja võtab kindlustuslepingu üle. Kindlustuslepingu üleandmisega annab praegune kindlustusvõtja kindlustuslepinguga seotud kogu dokumentatsiooni üle uuele kindlustusvõtjale.

Avaldusele lisame praeguse kindlustusvõtja isikut tõendava dokumendi koopia, uue kindlustusvõtja isikut tõendava dokumendi koopia.

KINDLUSTUSVÕTJA

_____ Ees- ja perekonnanimi

Kuupäev _____
Päev, kuu, aasta

Allkiri _____

AVALDUSE VASTUVÕTJA

_____ Ees- ja perekonnanimi

Kuupäev _____
Päev, kuu, aasta

Allkiri _____

UUS KINDLUSTUSVÕTJA

_____ Ees- ja perekonnanimi

Kuupäev _____
Päev, kuu, aasta

Allkiri _____