ПРЕДЛОЖЕНИЕ ЗА ПРОМЯНА ПО ПОЛИЦА №: 11,.....

- o **Промяна на адрес/телефон на Застраховащия:** (Не се изисква подпис на Застраховано лице)

  Нов адрес: .....

  Нов e-mail : ..... Нов Телефон:.....

- o **Увеличаване на премията от ..... EUR на ..... EUR годишно.**
  (Възможно е към края на застрахователната година, след заплащане на увеличената премия. Застрахованото лице е необходимо да попълни Здравна декларация според тарифата.)

- o **Намаляване на премията от ..... EUR на ..... EUR годишно.**
  (Възможно е към края на застрахователната година, след заплащане на намалената премия. Минималната годишна премия по основна програма на спестовна застраховка-350 EUR, респективно 500 EUR за програми, свързани с инвестиционен фонд.)

- o **Сключване на допълнителен пакет "Злополука", тарифа/и .....**
  (Възможно е към края на застрахователната година, след заплащане на премия по основна програма и пакета. Застрахованото лице е необходимо да попълни Здравна декларация според тарифата.)

- o **Прекратяване на допълнителния пакет "Злополука", тарифа/и .....**
  (Възможно е към края на застрахователната година, след заплащане на премията без допълнителния пакет.)

- o **Прекратяване на договора към края на първата застрахователна година без откупна стойност.**

- o **Преобразуване на договора в безпремийна застраховка и прекратяване на допълнителния пакет "Злополука"** (Възможно е при платени премии за първите 2 години или най-малко 15% от премиите по застраховката.)

- o **Подновяване на плащането на премии (Реактивиране): годишна премия в размер на ..... EUR.**
  (Възможно е след заплащане на пропуснатите премии по основна програма/допълнителен/ни пакет/и. Застрахованото лице е необходимо да попълни Здравна декларация според тарифата.)

- o **Промяна на ползващите се лица:** (лично в офис на Застрахователя или с нотариална заверка)
  - При доживяване: ..... ЕГН: .....
  - При смърт: ..... ЕГН: .....
  - При определено тежко заболяване:..... ЕГН: .....

- o **Желая да ми бъде издадена полица-дубликат**
  (Не се изисква подпис на Застраховано лице; прилага се попълнена и подписана **Декларация за загубена полица**)

- o **Промяна начин на плащане от ……. на ……..**
  (Не се изисква подпис на Застраховано лице)

- o **Други промени:** .....

За промени по застрахователния договор по искане на Застраховащия се начисляват разноски в размер на 5 EUR, съгласно Общите застрахователни условия на Застрахователя.

Настоящото Предложение представлява неразделна част от Застрахователния договор.

Настоящото Предложение се придружава от копия от документите за самоличност на Застраховащ и Застраховано лице, съгласно задължението за идентификация на клиентите.

.....	.....	.....
дата	**име, фамилия и подпис/печат на Застраховащия /собственоръчно/**	**име, фамилия и подпис на Застрахованото лице /собственоръчно/**

ИНФОРМАЦИЯ ОТНОСНО ОБРАБОТКА И ЗАЩИТА НА ЛИЧНИТЕ ДАННИ:	
Подписалите настоящия формуляр потвърждават, че са уведомени относно: - необходимостта от обработване на личните данни за целите на предоставяне на застрахователна услуга, съобразно направеното искане към ГРАВЕ, както и за изпълнението на всички задължения по преддоговорни отношения с ГРАВЕ; - получаването на електронни съобщения на посочените контакти във връзка с правата и задълженията си по договора; - правата си съгласно действащото в Република България законодателство в областта на защитата на личните данни, за видовете лични данни, обработвани от ГРАВЕ, за целите на обработване; - прилаганата от ГРАВЕ Политика за конфиденциалност, достъпна на https://www.grawe.bg/. ☐ Застраховащият дава съгласие да получава електронни съобщения, свързани с продукти, оферти, събития, кампании и друга рекламна кореспонденция на посочените контакти: ……/телефон, e-mail/	
Застраховащ: име, фамилия и подпис/печат	**Застраховано лице:** име, фамилия и подпис