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 и разширен COVID въпросник.)

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-200 EUR, респективно 300 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 (за тарифи KOBZ/KHBZ и разширен COVID въпросник))

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 и разширен COVID въпросник.)

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; - 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/.	
Застраховащ: име, фамилия и подпис/печат	**Застраховано лице:** име, фамилия и подпис