

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

- **Промяна на адрес/телефон на Застраховачия:**
(Не се изисква подпис на Застраховано лице)
Нов адрес:
Нов e-mail : Нов Телефон:.....
- **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.)
- **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 300 EUR за програми, свързани с инвестиционен фонд)
- **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))
- **Прекратяване на допълнителния пакет “Злополука”, тарифа/и**
(Възможно е към края на застрахователната година, след заплащане на премията без допълнителния пакет)
- **Прекратяване на договора към края на първата застрахователна година без откупна стойност.**
- **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 премията по застраховката.)
- **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.)
- **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:
- **Желая да ми бъде издадена полица-дубликат**
(Не се изисква подпис на Застраховано лице; прилага се попълнена и подписана Декларация за загубена полица)
- **Промяна начин на плащане от на**
(Не се изисква подпис на Застраховано лице)
- **Други промени:**

За промени по застрахователния договор по искане на Застраховачия 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 Застраховач и Застраховано лице, съгласно задължението за идентификация на клиентите.

..... дата	име, фамилия и подпис/печат на Застраховачия /собственооръчно/ име, фамилия и подпис на Застрахованото лице /собственооръчно/	
---------------	---	--	--

ИНФОРМАЦИЯ ОТНОСНО ОБРАБОТКА И ЗАЩИТА НА ЛИЧНИТЕ ДАННИ:	
Подписалите настоящия формуляр потвърждават, че са уведомени относно:	
<ul style="list-style-type: none"> - 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/. 	
Застраховач: име, фамилия и подпис/печат	Застраховано лице: име, фамилия и подпис