

ИСКАНЕ ЗА ПРОМЯНА**НА ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН ДОГОВОР №:**ЗАСТРАХОВАЩ.....,
(име, презиме, фамилия на ФЛ или наименование на ЮЛ)ЕГН/ЛНЧ/ЕИК, дата на раждане, място на раждане.....,
представявано от....., в качеството му на

(в случай че лицето се представява по пълномощно, се вписват данни за пълномощното)

Адрес за кореспонденция: п.к., гр./с.

ж.к./ул. №, бл., вх., ет., ап.

тел. имейл

Съгласен/Съгласна съм да получавам официална кореспонденция по полицата на посочените по-горе телефон и имейл Да ☐ Не ☐**С настоящото заявявам извършването на следните промени по горепосочения застрахователен договор (плица):****1. ПРОМЯНА В ИМЕНА / НАИМЕНОВАНИЕ НА:** Застраховач ☐ Застрахован ☐ Бенефициер ☐

Име/Наименование след промяната:

Прилагам копие на официален документ

2. ПРОМЯНА В АДРЕСА НА: Застраховач ☐ Застрахован ☐

Адрес след промяната:

3. ПРОМЯНА НА ПЕРИОДИЧНОСТ НА ПЛАЩАНЕ*Искането трябва да бъде изпратено до ЖЗК „Съгласие“ АД не по-късно от 15-то число на месеца, предшестващ падежа на вноската.*от месечно ☐ тримесечно ☐ шестмесечно ☐ годишно ☐на месечно ☐ тримесечно ☐ шестмесечно ☐ годишно ☐**4. ИНДЕКСАЦИЯ:***Искането трябва да е изпратено до ЖЗК „Съгласие“ АД не по-късно от 15 дни преди датата на падеж, съвпадаща с началото на нов застрахователен период/годишнина на полицата.*☐ Включване на клаузата за индексация на застрахователната премия и застрахователната сума☐ Изключване на клаузата за индексация на застрахователната премия и застрахователната сума**5. СМЯНА НА БЕНЕФИЦИЕР В СЛУЧАЙ НА СМЪРТ ☐ ДОЖИВЯВАНЕ ☐ ДРУГИ РИСКОВЕ ☐**

от

на

6. СМЯНА НА: ЗАСТРАХОВАЩ ☐

от

на

Прилагам копие на официален документ на новия Застраховач.

7. ПРОМЯНА В РАЗМЕРА НА ПРЕМИЯТА И / ИЛИ ЗАСТРАХОВАТЕЛНИТЕ СУМИ:

- ☐ Намаляване на застрахователната сума от на
- ☐ Увеличаване на застрахователната сума от на
- ☐ Намаляване на застрахователната премия от на
- ☐ Увеличаване на застрахователната премия от на

8. ПРОМЕНИ В ДОПЪЛНИТЕЛНА ЗАСТРАХОВКА „ЗЛОПОЛУКА”

- ☐ Включване на допълнителна застраховка „Злополука”
- ☐ Прекратяване на допълнителна застраховка „Злополука”
- ☐ Промяна в допълнителна застраховка „Злополука”

	В случай на смърт		В случай на трайна неработоспособност		В случай на временна неработоспособност	
	Застрахователна сума	Премия	Застрахователна сума	Премия	Застрахователна сума	Премия
Застраховано лице 1						
Застраховано лице 2						

9. ПРОМЕНИ В ДОПЪЛНИТЕЛНА ЗАСТРАХОВКА „КРИТИЧНО ЗАБОЛЯВАНЕ”

Включването на допълнителното покритие „Критично заболяване” влиза в сила от всяко първо число на месеца, през който има дължимо плащане на премия (падеж), при условие че искането е получено в ЖЗК „Съгласие” АД до 15-то число на предходния месец, а прекратяването на допълнителното покритие се прави само на годишнина на полицата.

- ☐ Включване на допълнителна застраховка „Критично заболяване”

Застрахователна сума

- ☐ Промяна в допълнителна застраховка „Критично заболяване”

.....

- ☐ Прекратяване на допълнителна застраховка „Критично заболяване”

10. РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ НА ПРЕМИЯТА ПО ФОНДОВЕ (само за застраховки „Живот“, свързани с инвестиционен фонд)

Промяна може да се извърши след първата годишнина на застрахователния договор.

От Селект Регионал Селект Баланс Селект Облигации

Към Селект Регионал Селект Баланс Селект Облигации

Желая при промяната натрупаните единици по настоящия/настоящите фонд/ове да:

- ☐ СЕ инвестират по указания в настоящото искане за промяна начин

- ☐ НЕ СЕ инвестират по указания в настоящото искане за промяна начин

11. ДРУГИ:

.....

.....

.....

.....

дата: Застраховач Застрахован

Долуподписаният/та

..... в качеството ми на

- ☐ служител на ЖЗК „Съгласие” АД; ☐ застрахователен агент с №.....;

- ☐ служител на застрахователен брокер;

декларирам, че проверих самоличността на:

- ☐ застраховачото лице; ☐ неговия представител; ☐ застрахованото лице;

при подаване на настоящото искане и че лицето/лицата положи(ха) подписа/подписите си в мое присъствие.

Декларатор