

ИСКАНЕ ЗА ВЪЗБНОВЯВАНЕ

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 представлява 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

Считано от година, преустанових плащането на дължимите застрахователни премии по посочения застрахователен договор със застраховано лице:

.....
(име, презиме, фамилия и ЕГН/ЛНЧ)

поради:.....
.....
.....

С подаването на настоящото Искане изразявам желанието си за възобновяване на горепосочения застрахователен договор, съгласно Общите и Специални условия, при които същият е сключен.

В случай че ЖЗК „Съгласие“ АД приеме искането за възобновяване на застрахователния договор, аз се задължавам да заплащам всички неплатени премии, както и редовно да плащам застрахователните премии по договора.

В случай че е извършено плащане на застрахователни премии по договора след неговото прекратяване и преди ЖЗК „Съгласие“ АД да приеме искането за възобновяване, това плащане се счита за авансово. Ако застрахователният договор не бъде възобновен, авансовото плащане подлежи на възстановяване.

ДЕКЛАРАЦИЯ

1. С настоящата декларация удостоверявам, че посочените от мен данни в настоящото искане са верни, изчерпателни и предоставени доброволно. Задължавам се при настъпване на промяна в същите да информирам в рамките на 20 дни от настъпването на съответната промяна, писмено застрахователя, както и да предоставя други данни и документи, ако това е необходимо.

2. Декларирам, че съм запознат с Общите и Специални условия по застраховката.

3. Уведомен съм, че новият период на застрахователно покритие започва да тече и отговорността на ЖЗК „Съгласие“ АД се възобновява при следните условия:

- настоящото писмено искане е прието от ЖЗК „Съгласие“ АД;
- всички дължими премии към датата на възобновяване са платени;
- няма промяна в здравословното състояние на застрахования след подписването на застрахователния договор.

4. Информирам съм, че:

- Ако Застрахованият почине през първата година след възобновяване на застрахователния договор вследствие на заболяване, което не е декларирано/а в искането за възобновяване, ЖЗК „Съгласие“ АД изплаща намалената застрахователна сума, респективно стойността на инвестиционните единици, ако тази стойност е по-висока от намалената застрахователна сума, при условие че застраховката е придобила право на намалена застрахователна сума. Ако застраховката не е придобила право на намалена застрахователна сума, Застрахователят не дължи застрахователно плащане.

- Ако застрахованият се самоубие преди изтичане на три години от възобновяване на застрахователния договор, ЖЗК „Съгласие“ АД изплаща откупната стойност по договора към датата на смъртта на застрахования.

5. Запознат/а съм със съдържанието на прилаганата от ЖЗК „Съгласие“ АД „Политика за поверителност на данните“, налична на интернет страницата на Застрахователя (www.saglasielife.bg), както и на хартиен носител във всеки офис на Застрахователя.

Прилагам следните документи:

1. Заверено копие от лична карта на застрахователя и негов представител, когато е приложимо
2. Здравна декларация от застрахованото лице
3. Друго:.....
.....

Дата:

Застраховач:

Гр./с.:

ЗДРАВНА ДЕКЛАРАЦИЯ КЪМ ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН ДОГОВОР №

ВЪПРОСИ:	Отговори на Застрахования
1. а) Оказвана ли Ви е медицинска помощ/консултация след попълването на предложението за застраховка и подписването на застрахователния договор?	Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/>
б) Поради каква причина Ви е оказвана медицинска консултация/помощ и какво е становището на лекуващия Ви лекар?	
Посочете името на лекаря и кога Ви е оказвана медицинската помощ?	
в) Опериран ли сте през горепосочения период? Защо? Кога? Къде?	Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/>
г) Лекуван ли сте в болнично заведение, кога и защо?	Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/>
2. Какво е здравословното Ви състояние в момента?	
3. Претърпявали ли сте увреждания в резултат на злополука или заболяване през горепосочения период? Кога и в какво се състои увреждането?	Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/>
4. Приемате ли редовно медикаменти? Ако ДА – какви и за какво?	Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/>

Дата:

Застрахован:

Гр./с.:

СТАНОВИЩЕ НА ЕКСПЕРТ НА ЖЗК „СЪГЛАСИЕ“ АД

Застрахователният договор може / не може да бъде възобновен.

Друго:

Име, фамилия и подпис на експерт: