Термін обробки заяви може складати до 30 днів з моменту її реєстрації в компанії.

MetLife

ПрАТ «МетЛайф»
вул. Жилянська, 110, м. Київ, 01032, Україна
Т./ф.: +380(44) 4941343 / 4941345
www.metlife.ua; office@metlife.ua

Від Страхувальника:
П.І.Б. _____

_____

Адреса для листування: індекс ☐☐☐☐☐. _____

_____

Контактний телефон: +☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

ЗАЯВА ПРО ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ

№ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Прошу надати страхове покриття за програмами страхування додаткових ризиків на таких умовах:

Код	Назва	Для страхувальника	Для застрахованої особи	Сума страхового захисту
BI	Страхування на випадок тілесних ушкоджень внаслідок нещасного випадку	☐	☐	_____ грн.
BBB	Страхування на випадок переломів та/або опіків внаслідок нещасного випадку	☐	☐	_____ грн.
ADob	Страхування на випадок смерті внаслідок нещасного випадку з виплатою додаткової Страхової Суми у випадку сирітства	☐	☐	_____ грн.
AD traffic	Страхування на випадок смерті внаслідок нещасного випадку на транспорті	☐	☐	_____ грн.
ADD	Страхування на випадок смерті / каліцтва / постійної та повної непрацездатності внаслідок нещасного випадку	☐	☐	_____ грн.
PI	Страхування на випадок постійної непрацездатності внаслідок нещасного випадку	☐	☐	_____ грн.
PI traffic	Страхування на випадок постійної непрацездатності внаслідок нещасного випадку на транспорті	☐	☐	_____ грн.
H/S/C-a	«Страхування на випадок хірургічного втручання та/або госпіталізації внаслідок нещасного випадку»	☐	☐	_____/_____/_____ грн.

Місце роботи та посадові обов'язки Страхувальника _____

_____

Місце роботи та посадові обов'язки Застрахованої особи _____

_____

Письмову відповідь на цю заяву та всю подальшу письмову кореспонденцію я бажаю отримувати електронною поштою на адресу _____@_____.

Страхувальник*:

П.І.Б.: _____
Підпис: _____

Дата підписання: ☐☐.☐☐.☐☐☐☐ р.

Застрахована особа**:
«З запропонованими змінами згоден (згодна).»

П.І.Б.: _____
Підпис: _____

Дата підписання: ☐☐.☐☐.☐☐☐☐ р.

За договорами страхування життя, згідно з якими Страхувальником є підприємство, заяву підписує уповноважена особа, підпис якої засвідчується печаткою підприємства.

*** Підпис є обов'язковим для Застрахованої особи віком від 14 років.***