



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. _____

Фактична адреса проживання: індекс _____

Контактний телефон: + _____

ЗАЯВА ПРО ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ

№

Прошу надати страхове покриття за програмою страхування додаткових ризиків «Страхування на випадок критичного захворювання» (СІ) на наступних умовах (обране відмітити):

Для кого	Кількість хвороб/станів	Тип страхового тарифу	Сума страхового захисту (від 50 000 грн.)
<input type="checkbox"/> Застрахована особа	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> на 1 рік <input type="checkbox"/> на 5 років <input type="checkbox"/> на 10 років <input type="checkbox"/> до 65 років	_____ грн.
<input type="checkbox"/> Страхувальник	<input type="checkbox"/> 32		

Заповнена форма «Декларація» додається.

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

Страхувальник*:

П.І.Б.: _____
 Підпис: _____

Застрахована особа**:

«З запропонованими змінами згоден (згодна).»

П.І.Б.: _____
 Підпис: _____

Дата підписання: . . р.

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.