



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» (**JCI 1**) для Застрахованої Особи.

Розмір страхової суми: \_\_\_\_\_ грн.

Погоджуюсь, що такий страховий захист припинить свою дію на наступну річницю своєї дії після досягнення Застрахованою Особою віку 21 рік.

Заповнена форма «Декларація» додається.

Ця заява є невід'ємною частиною Договору страхування життя

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.

