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

MetLife

ПрАТ «МетЛайф»
вул. С.Петлюри (Комінтерну), 14, м. Київ, 01032
т./ф.:+380 (44) 494-1343 / 494-1345
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.
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 (оберіть один з варіантів нижче):

☐ звичайним листом; або

☐ електронною поштою (зазначте 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.***