



ПрАТ «МетЛайф»

вул. С.Петлюри (Комінтерну), 14, м. Київ, 01032

т./ф.: +380 (44) 494-1343 / 494-1345

[www.metlife.ua](http://www.metlife.ua); [office@metlife.ua](mailto: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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ грн.
BBB	Страхування на випадок переломів та/або опіків внаслідок нещасного випадку	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ грн.
ADob	Страхування на випадок смерті внаслідок нещасного випадку з виплатою додаткової Страхової Суми у випадку сирітства	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ грн.
AD traffic	Страхування на випадок смерті внаслідок нещасного випадку на транспорті	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ грн.
ADD	Страхування на випадок смерті / каліцтва / постійної та повної непрацездатності внаслідок нещасного випадку	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ грн.
PI	Страхування на випадок постійної непрацездатності внаслідок нещасного випадку	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ грн.
PI traffic	Страхування на випадок постійної непрацездатності внаслідок нещасного випадку на транспорті	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ грн.
H/S/C-a	«Страхування на випадок хірургічного втручання та/або госпіталізації внаслідок нещасного випадку»	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____/_____/_____ 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\*:

Застрахована особа\*\*:

«З запропонованими змінами згоден (згодна).»

П.І.Б.: \_\_\_\_\_

П.І.Б.: \_\_\_\_\_

Підпис: \_\_\_\_\_

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.