



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 програмою страхування додаткових ризиків **«Страхування на випадок хірургічного втручання та/або госпіталізації внаслідок нещасного випадку» (H/S/C*A)** на наступних умовах (обране відмітити):

- для Застрахованої особи з страховими сумами: Госпіталізація _____ грн.
Хірургічне втручання _____ грн.
Тимчасова непрацездатність _____ грн.

Місце роботи та посадові обов'язки Застрахованої особи _____

- для Страхувальника з страховими сумами: Госпіталізація _____ грн.
Хірургічне втручання _____ грн.
Тимчасова непрацездатність _____ грн.

Місце роботи та посадові обов'язки Страхувальника _____

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.