



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 програмою страхування додаткових ризиків **«Страхування на випадок хірургічного втручання та/або госпіталізації внаслідок нещасного випадку або хвороби» (Н/С/С\*AS)** на наступних умовах (обране відмітити ):

для Застрахованої особи з страховими сумами: Госпіталізація \_\_\_\_\_ грн.  
Хірургічне втручання \_\_\_\_\_ грн.  
Тимчасова непрацездатність \_\_\_\_\_ грн.

для Страхувальника з страховими сумами: Госпіталізація \_\_\_\_\_ грн.  
Хірургічне втручання \_\_\_\_\_ грн.  
Тимчасова непрацездатність \_\_\_\_\_ грн.

Заповнена форма «Декларація» додається.

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: \_\_\_\_\_

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.

