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

MetLife

ПрАТ «МетЛайф»
вул. С.Петлюри (Коміntерну), 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 критичного захворювання» (CI) на наступних умовах (обране відмітити ☒) :

Для кого	Кількість хвороб/станів	Тип страхового тарифу	Сума страхового захисту (від 50 000 грн.)
☐ Застрахована особа ☐ Страхувальник	☐ 1 ☐ 7 ☐ 32	☐ на 1 рік ☐ на 5 років ☐ на 10 років ☐ до 65 років	_____ грн.

Заповнена форма «Декларація» додається.

Письмову відповідь на цю заяву та всю подальшу письмову кореспонденцію я бажаю отримувати електронною поштою на 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.***

MetLife

ДЕКЛАРАЦІЯ Поліс № ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

☐ **ПОНОВЛЕННЯ ДОГОВОРУ** ☐ **НАДАННЯ ДОДАТКОВИХ ПРОГРАМ** ☐ **ЗБІЛЬШЕННЯ СТРОКУ ДІЇ ДОГОВОРУ**

☐ **ЗБІЛЬШЕННЯ СТРАХОВОЇ СУМИ** ☐ **ЗМІНА СТРАХУВАЛЬНИКА**

У РАЗІ ЗМІНИ ПЕРІОДИЧНОСТІ СПЛАТИ, ВКАЖІТЬ БАЖАНУ: ☐ ЩОРІЧНА ☐ ПІВРІЧНА ☐ КВАРТАЛЬНА

1.	**Застрахована особа**: Паспорт: серія_____ № _ _ _ _ _ _ Ідентифікаційний номер:_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ ПІБ_____ Дата народження: «___» _____ _____р. Тел. _____ E-mail _____@_____ Місце роботи_____ Посада_____ Вид діяльності/службові обов'язки_____
2.	**Страхувальник**: Паспорт: серія_____ № _ _ _ _ _ _ Ідентифікаційний номер:_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ ПІБ_____ Дата народження: «___» _____ _____р. Тел. _____ E-mail _____@_____ Місце роботи_____ Посада_____ Вид діяльності/службові обов'язки_____

Увага! *У разі відсутності відповіді на питання пункту 3.1 та/або 3.2 за відповідь вважатиметься «ні»/«0»*

3.	**Застрахована Особа**	**Страхувальник**
3.1	Вкажіть середню кількість цигарок, сигар або інших тютюнових виробів, які Ви споживаєте зараз або споживали протягом останніх 24 місяців **на день**?.....…. шт. Зріст (см)_____ Вага (кг)_____	Вкажіть середню кількість цигарок, сигар або інших тютюнових виробів, які Ви споживаєте зараз або споживали протягом останніх 24 місяців **на день**?.....…. шт. Зріст (см)_____ Вага (кг)_____
3.2	Вкажіть Ваш сукупний дохід _____ грн. на місяць та чистий дохід _____ грн. на місяць	Вкажіть Ваш сукупний дохід _____ грн. на місяць та чистий дохід _____ грн. на місяць
3.3	Дійсні Договори страхування з ПрАТ «МетЛайф»: Заява/Поліс №……..	Дійсні Договори страхування з ПрАТ «МетЛайф»: Заява/Поліс №……..

3.4 Надалі я - Застрахована Особа/ Страхувальник – заявляю, що з моменту підписання Заяви про страхування, за якими укладено вищезазначені Договори Страхування:

3.4.1	Я не вживаю та не вживав жодних наркотичних, психотропних, або інших речовин, що викликають залежність, не мав та не маю психічних або нервових розладів, депресії.
3.4.2	Я не постраждав від нещасних випадків, не переніс жодної хвороби.
3.4.3	Мене не було направлено та я не звертався до лікарні щодо обстеження, мене не було госпіталізовано, прооперовано. Мені не було діагностовано жодного розладу здоров'я та призначено жодного лікування.
3.4.4	Жодному з моїх близьких родичів не було діагностовано тяжке захворювання та жоден з моїх близьких родичів не помер (якщо ні – зазначте вік та діагноз/причину смерті).

3.5. Я - Застрахована Особа / Страхувальник – заявляю, що:

3.5.1.	Я не проходжу та не планую проходити жодних обстежень, мені не призначено жодних діагностичних процедур, хірургічних втручань, я не лікуюсь зараз та не маю жодних показань для госпіталізації.
3.5.2.	Я ніколи не був поінформований, що маю, не лікуюсь та ніколи не був направлений на лікування СНІДу або хвороб, пов'язаних зі СНІДом, або хвороб, що передаються статевим шляхом, та ніколи не мав позитивного результату аналізу крові на антитіла до вірусу СНІД (ВІЛ).
3.5.3.	На момент підписання цієї Заяви я: - не є непрацездатним та мені ніколи не було встановлено інвалідність, - не є у відпустці по догляду за малолітньою дитиною та не мала жодних ускладнень під час пологів, - не є вагітною.
3.5.4	Я не є дійсним/зареєстрованим членом будь-якої спортивної команди. Я не беру участі, не планую та не маю намірів взяти участь у будь-якому виді перегонів, займатися підводним плаванням, альпінізмом, мотоциклетним, гірськолижним, вітрильним, авіаційним, парашутним спортом або будь-яким іншим небезпечним видом спорту; в обслуговуванні польотів або у безпосередньому керуванні літаком, або будь-яким іншим літальним апаратом. Я не планую пересуватися мотоциклетним транспортом із об'ємом двигуна більше 125 куб.см.
3.5.5	Я не подавав заяву на отримання та/або не отримував Страхову Виплату у зв'язку із травмою, хворобою або непрацездатністю в іншій страховій компанії.
3.5.6	Заяву про страхування, подану мною, жодного разу не було відхилено або прийнято на спеціальних умовах або за умови сплати додаткової Страхової Премії.

Чи погоджуєтесь Ви з усіма пунктами блоку 3? ☐ **ТАК** ☐ **НІ**

Я *не погоджуюсь* лише з такими пунктами блоку 3 та надаю таку додаткову інформацію та медичні висновки:
Увага! ***Обов'язково*** *зазначте пункт анкети та зазначте особу, щодо якої наводиться додаткова інформація. У разі такої необхідності скористайтесь додатковим аркушем, засвідчіть його власним підписом, зазначте дату підписання та додайте до Заяви:*
……
……

СВОЇМ ПІДПИСОМ ПІДТВЕРДЖУЮ ДОСТОВІРНІСТЬ ТА ПОВНОТУ ВСІХ ДАНИХ, НАВЕДЕНИХ В УСІХ ЧАСТИНАХ ЦІЄЇ ДЕКЛАРАЦІЇ; РОЗУМІЮ ТА ПОГОДЖУЮСЬ З УСІМА ЗОБОВ'ЯЗАННЯМИ, В ТОМУ ЧИСЛІ НАДАВАТИ СТРАХОВИКУ ПОВНУ ІНФОРМАЦІЮ ПРО ВІДОМІ МЕНІ ОБСТАВИНИ, ЩО МАЮТЬ ІСТОТНЕ ЗНАЧЕННЯ ДЛЯ ОЦІНКИ СТРАХОВОГО РИЗИКУ, ІНФОРМУВАТИ СТРАХОВИКА ПРО БУДЬ-ЯКУ ЗМІНУ ТАКИХ ОБСТАВИН. ЗАПОВНЕННЯ ЦІЄЇ ФОРМИ Є ПІДТВЕРДЖЕННЯМ ТАКОГО МОГО НАМІРУ (ПОЗНАЧИТИ √):

Дата підписання «_____» _____**20____ року**

_____/ _____
особистий підпис *прізвище та ініціали друкованими літерами*
Заявлена Застрахована Особа (її законний представник)

_____/ _____
особистий підпис *прізвище та ініціали - друкованими літерами*
Страхувальник (у випадку організації – уповноважена особа)
М.П.

Батьки (Опікуни, Піклувальники) заявленої Застрахованої дитини ……/……