



ПрАТ «МетЛайф»

вул. Жилианська, 110, м. Київ, 01032, Україна
Т./ф.: +380(44) 4941343 / 4941345
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 критичних жіночих ризиків» (CFB) - на наступних умовах (обране позначити):

<input type="checkbox"/> для Застрахованої особи		<input type="checkbox"/> для Страхувальника	
Тип страхового тарифу: <input type="checkbox"/> на 5 років <input type="checkbox"/> на 10 років <input type="checkbox"/> до 65 років		Тип страхового тарифу: <input type="checkbox"/> на 5 років <input type="checkbox"/> на 10 років <input type="checkbox"/> до 65 років	
Одноразова виплата у разі діагностування раку жіночого органу	_____ грн.	Одноразова виплата у разі діагностування раку жіночого органу	_____ грн.
Щомісячна виплата у разі діагностування раку жіночого органу	_____ грн.	Щомісячна виплата у разі діагностування раку жіночого органу	_____ грн.
Виплата з госпіталізації по причині раку жіночого органу	_____ грн./доба	Виплата з госпіталізації по причині раку жіночого органу	_____ грн./доба
Одноразова виплата у разі смерті внаслідок важких ускладнень під час вагітності/пологів	_____ грн./доба	Одноразова виплата у разі смерті внаслідок важких ускладнень під час вагітності/пологів	_____ грн./доба
Виплата з госпіталізації у разі важких ускладнень під час вагітності/пологів	_____ грн./доба	Виплата з госпіталізації у разі важких ускладнень під час вагітності/пологів	_____ грн./доба
Виплата з госпіталізації до відділення реанімації (або інтенсивної терапії) у разі важких ускладнень під час	_____ грн./доба	Виплата з госпіталізації до відділення реанімації (або інтенсивної терапії) у разі важких ускладнень під час	_____ грн./доба

Додається заповнена форма «Декларація».

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.

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.	Страховальник: Паспорт: серія ___ № _____ Ідентифікаційний номер: _____ ПІБ _____ Дата народження: « ___ » _____ р. Тел. _____ E-mail _____ @ _____ Місце роботи _____ Посада _____ Вид діяльності/службові обов'язки _____	
<i>Увага! У разі відсутності відповіді на питання пункту 3.1 та/або 3.2 за відповідь вважатиметься «ні»/«0»</i>		
3.	Застрахована Особа	Страховальник
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/ Страховальник – 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 / Страховальник – 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 Страхування 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? <input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ		
Я <u>не погоджуюсь</u> 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 ЦЬОЇ ДЕКЛАРАЦІЇ; РОЗУМНО 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 ЦЬОЇ 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
 Страховальник (у випадку організації – уповноважена особа)
 М.П.

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