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

MetLife

ПрАТ «МетЛайф»
вул. Жилянська, 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 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.***