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 діагностування раку жіночого органу та госпіталізації в зв'язку з раком жіночого органу» (FC) (надалі в цій Заяві – «Програма страхування на випадок РЖО») на наступних умовах (обране позначити ☒):

☐ **для Застрахованої особи**	☐ **для Страхувальника**
Тип страхового тарифу: ☐ на 5 років ☐ на 10 років ☐ до 65 років	Тип страхового тарифу: ☐ на 5 років ☐ на 10 років ☐ до 65 років
Страхова сума: _____грн. Розмір щомісячної страхової виплати: _____грн. Страхова сума на випадок госпіталізації при діагностуванні РЖО: _____грн./доба	Страхова сума: _____грн. Розмір щомісячної страхової виплати: _____грн. Страхова сума на випадок госпіталізації при діагностуванні РЖО: _____грн./доба

Погоджуюся з тим, що у разі настання Страхового Випадку «Розлад здоров'я Застрахованої Особи у зв'язку з раком жіночого органу, який призвів до госпіталізації Застрахованої Особи» за Програмою страхування на випадок РЖО, Страхова Виплата згідно з умовами Програми буде здійснюватися за кожен день, починаючи з 1 (першого) дня госпіталізації до 30 (тридцятого) дня включно.
Погоджуюся зі встановленням таких вікових груп для Програми страхування на випадок РЖО, згідно з умовами п.8.5 цієї Програми: 18-25, 26-30, 31-35, 36-40, 41-45, 46-50, 51-55, 56-60.
Положення про індексацію не застосовується до Програми страхування на випадок РЖО.
Погоджуюсь, що для страхування на умовах Програми страхування на випадок РЖО мною може бути обраний один з таких Типів Страхових Тарифів: на 5 років; на 10 років; до досягнення віку 65 років. Під час терміну дії обраного Типу Страхового Тарифу розмір Страхового Тарифу залишається незмінним та збільшується на, відповідно, п'яту або десяту річницю дії цієї Програми до розміру, що встановлений для тієї вікової групи, що відповідатиме фактичному віку Застрахованої Особи, або, якщо обрано Тип Страхового Тарифу «до досягнення віку 65 років», залишається незмінним протягом всього терміну дії цієї Програми.
Ця заява є невід'ємною частиною Договору страхування життя.

Додається заповнена форма «Декларація».

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** ☐ **ЗМІНА СТРАХУВАЛЬНИКА**

☐ **ЗБІЛЬШЕННЯ СТРОКУ ДІЇ ДОГОВОРУ** ☐ **ЗБІЛЬШЕННЯ СТРАХОВОЇ СУМИ**

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»*

	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. Якщо Застрахована Особа – дитина у віці до 18 років: Востаннє відвідувала педіатра/або будь-якого іншого лікаря: місяць……, рік……., причина .....
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.
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.

4.	Чи керуєте/плануєте керувати мотоциклетним транспортним засобом із об'ємом двигуна більше 125 куб.см, окрім спортивних, та погоджуєтесь зробити відповідну доплату згідно розрахунку Страховика ☐ так ☐ ні	Чи керуєте/плануєте керувати мотоциклетним транспортним засобом із об'ємом двигуна більше 125 куб.см, окрім спортивних, та погоджуєтесь зробити відповідну доплату згідно розрахунку Страховика ☐ так ☐ ні
	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

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 ……