



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» (**JCI 1**) для Застрахованої Особи.

Розмір страхової суми: _____ грн.

Погоджуюсь, що такий страховий захист припинить свою дію на наступну річницю своєї дії після досягнення Застрахованою Особою віку 21 рік.

Заповнена форма «Декларація» додається.

Ця заява є невід'ємною частиною Договору страхування життя

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.

ПОВНОВЛЕННЯ 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: ПІБ _____ Дата народження: « <input type="text"/> » <input type="text"/> р. Тел. _____ E-mail _____ @ _____ Місце роботи _____ Посада _____ Вид діяльності/службові обов'язки _____	Паспорт: серія ____ № _____ Ідентифікаційний номер: _____
2.	Страховальник: ПІБ _____ Дата народження: « <input type="text"/> » <input type="text"/> р. Тел. _____ E-mail _____ @ _____ Місце роботи _____ Посада _____ Вид діяльності/службові обов'язки _____	Паспорт: серія ____ № _____ Ідентифікаційний номер: _____

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

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? 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 користуйтеся 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 _____ / _____