**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 програмами страхування додаткових ризиків на таких умовах:

| Код | Назва | Для страхувальника | Для застрахованої особи | Сума страхового захисту |
|---|---|---|---|---|
| BI | Страхування на випадок тілесних ушкоджень внаслідок нещасного випадку | ☐ | ☐ | _____ грн. |
| BBB | Страхування на випадок переломів та/або опіків внаслідок нещасного випадку | ☐ | ☐ | _____ грн. |
| ADob | Страхування на випадок смерті внаслідок нещасного випадку з виплатою додаткової Страхової Суми у випадку сирітства | ☐ | ☐ | _____ грн. |
| AD traffic | Страхування на випадок смерті внаслідок нещасного випадку на транспорті | ☐ | ☐ | _____ грн. |
| ADD | Страхування на випадок смерті / каліцтва / постійної та повної непрацездатності внаслідок нещасного випадку | ☐ | ☐ | _____ грн. |
| PI | Страхування на випадок постійної непрацездатності внаслідок нещасного випадку | ☐ | ☐ | _____ грн. |
| PI traffic | Страхування на випадок постійної непрацездатності внаслідок нещасного випадку на транспорті | ☐ | ☐ | _____ грн. |
| H/S/C-a | «Страхування на випадок хірургічного втручання та/або госпіталізації внаслідок нещасного випадку» | ☐ | ☐ | _____/_____/_____ грн. |

Місце роботи та посадові обов'язки Страхувальника _____
_____

Місце роботи та посадові обов'язки Застрахованої особи _____
_____

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.***