



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 ЗА ПОЛІСОМ

№ □□□□□□□□□□

Прошу надати Страхове Покриття за Страховими Продуктами на таких умовах:

Код	Назва	Для Страхувальника	Для Застрахованої Особи	Страхова Сума
BI	Страховання на випадок тілесних ушкоджень внаслідок Нещасного випадку	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ грн.
BBB	Страховання на випадок переломів та/або опіків внаслідок Нещасного випадку	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ грн.
ADob	Страховання на випадок смерті внаслідок Нещасного випадку з виплатою додаткових Страхових Сум	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ грн.
AD-tr	Страховання на випадок смерті внаслідок Нещасного випадку на транспорті	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ грн.
ADD	Страховання на випадок смерті / каліцтва / постійної та повної непрацездатності внаслідок Нещасного випадку	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ грн.
PI	Страховання на випадок постійної непрацездатності внаслідок Нещасного випадку	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ грн.
PI-tr	Страховання на випадок постійної непрацездатності внаслідок Нещасного випадку на транспорті	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ грн.
H/S/C-a	«Страховання на випадок хірургічного втручання та/або госпіталізації внаслідок Нещасного випадку»	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____/_____/_____ 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*:

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.