



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

№ □□□□□□□□□□

Прошу визначити Вигодонабувачів на випадок смерті Застрахованої Особи таким чином:

 спадкоємців згідно з законодавством України; або вказаних нижче осіб:

Прізвище, ім'я, По батькові	Серія та номер паспорта/ свідоцтва про народження	Дата народження	Ідентифікаційний номер	Ступінь спорідненості із Застрахованою особою	Адреса	Частка виплати*

* Сума часток виплати Вигодонабувачам має становити 100%.

У випадку, якщо Вигодонабувач на момент здійснення Страхових Виплат не досяг повноліття, всі виплати, передбачені Договором Страхування життя, доручаю здійснити:

 законному опікунові або піклувальникові на користь малолітньої або неповнолітньої особи. на рахунок банку, відкритий законним опікуном або піклувальником на ім'я малолітньої дитини або неповнолітньої особи.

Письмову відповідь на цю заяву та всю подальшу письмову кореспонденцію я бажаю отримувати електронною поштою на адресу _____@_____.

Страховальник*:

П.І.Б.: _____

Підпис: _____

Застрахована Особа**:

«З запропонованими змінами згоден (згодна).»

П.І.Б.: _____

Підпис: _____

Дата підписання: □□.□□.□□□□ р.

Дата підписання: □□.□□.□□□□ р.

* За договорами страхування життя, згідно з якими Страховальником є підприємство, заяву підписує уповноважена особа, підпис якої засвідчується печаткою підприємства.

** Підпис є обов'язковим для Застрахованої Особи віком від 14 років.