



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 Стандартним Страховим Продуктом за допоміжним (додатковим) ризиком «Страхування на випадок критичного захворювання жіночого органу» (FC) (надалі в цій Заяві – «Програма страхування на випадок РЖО») на наступних умовах (обране позначити):

<input type="checkbox"/> для Застрахованої Особи	<input type="checkbox"/> для Страхувальника
Тип Страхового Тарифу: <input type="checkbox"/> на 5 років <input type="checkbox"/> на 10 років <input type="checkbox"/> до 65 років	Тип Страхового Тарифу: <input type="checkbox"/> на 5 років <input type="checkbox"/> на 10 років <input type="checkbox"/> 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 Страховим Продуктом 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 Страхових Продуктів 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 Страхового Продукту на випадок РЖО.

Погоджуюсь, що для страхування на умовах Страхового Продукту 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 цього Страхового Продукту 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 Страхового Продукту.

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.

ДЕКЛАРАЦІЯ Поліс №

Поновлення Договору Надання Страхувальних Продуктів Зміна Страхувальника Збільшення Страхової Суми
У разі зміни періодичності сплати, вкажіть бажану: щорічна піврічна квартална

1.	Застрахована Особа: ПІБ _____			
	Паспорт: № _____ РНОКПП: _____		_____	
	Дата народження: « ____ » _____ р. Тел. _____		Email _____ @ _____	
	Місце роботи: _____			
	Посада /Службові обов'язки: _____			
2.	Страховальник: ПІБ _____			
	Паспорт: № _____ РНОКПП: _____		_____	
	Дата народження: « ____ » _____ р. Тел. _____		Email _____ @ _____	
	Місце роботи: _____			
	Посада /Службові обов'язки: _____			
3.	Застрахована Особа		Страховальник	
3.1	Зріст (см).....	Вага (кг).....	Зріст (см).....	Вага (кг).....
3.2	Чи вживаєте тютюнові вироби та/або алкогольні напої? <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні		Чи вживаєте тютюнові вироби та/або алкогольні напої? <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні	
3.4	Ви лівша? <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні		Ви лівша? <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні	
3.5	Вкажіть ваш дохід: грн. на місяць		Вкажіть ваш дохід: грн. на місяць	
4.	Якщо Ви керуєте мотоциклетним транспортним засобом із об'ємом двигуна більше 125 куб.см, зазначте: <input type="checkbox"/> Страховальник <input type="checkbox"/> Застрахована Особа <input type="checkbox"/> погоджуюсь зробити відповідну доплату до Страхового Тарифу згідно з розрахунком Страховика; <input type="checkbox"/> не погоджуюсь на доплату та розумію, що в разі настання Страхового Випадку з використанням такого транспортного засобу, діятиме виключення щодо страхування від Нещасного випадку.			
5.	Я надав інформацію щодо належності до національних, іноземних публічних діячів, що виконують політичні функції в міжнародних організаціях, їх близьких осіб або пов'язаних з ними осіб у відповідності та в розумінні Закону України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення № 361-ІХ від 06.12.2019 р.». У разі, якщо Страховальник/Застрахована Особа отримує статус вищезазначених категорій осіб, він зобов'язаний впродовж 1 робочого дня повідомити про це Страховика.			
Надалі я – Застрахована Особа/ Страховальник заявляю, що:				
6.	Я не вживаю/ ніколи не вживав жодних наркотичних, психотропних, або інших речовин, що викликають залежність.			
7.	Я не постраждав від нещасних випадків, не переніс жодної хірургічної операції/не був госпіталізований. Я не лікувався/не обстежувався з приводу алкогольної/наркотичної залежності, психічних, нервових розладів, онкологічних захворювань, захворювань серця/судин, діабету, інсульту, паралічу, захворювань сечовивідних шляхів, хронічних захворювань нирок, печінки, легень/органів дихання, шлунково-кишкового тракту або з приводу інших загострень хронічних захворювань, захворювань щитовидної залози/розладів ендокринної системи, захворювань репродуктивної системи, захворювань очей/порушень зору, захворювань носу, вух, горла. Я не був поінформований, що маю ВІЛ, не лікуюсь та ніколи не був направлений на лікування СНІД, хвороб, пов'язаних з ВІЛ/СНІД, та не мав позитивного результату аналізу крові на антитіла до вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ).			
8.	На момент підписання Декларації я не проходжу жодних обстежень, мені не призначено жодних діагностичних процедур/хірургічних втручань, я не лікуюся та не маю жодних показань до госпіталізації; я не є непрацездатним та мені ніколи не було встановлено інвалідність; я не перебуваю у відпустці з догляду за малолітньою дитиною та не мала жодних ускладнень під час пологів.			
9.	Ніхто з моїх близьких родичів (батько, мати, сестра, брат, син, дочка) не мав та не має спадкових захворювань, вроджених вад розвитку, онкологічних захворювань; психічних розладів, захворювань серця, нирок, печінки, підшлункової залози, органів дихальної системи, не хворів та не хворіє на СНІД/хвороби, пов'язані зі СНІД, та ніколи не мав позитивного результату аналізу крові на антитіла до вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ).			
10.	Дата та причина останнього відвідування лікаря (для Застрахованої Особи віком до 18 років):.....			
11.	Якщо Ви не погоджуєтесь хоча б з одним із пунктів Декларації, зазначте номер пункту, вкажіть особу (Застрахована Особа/Страховальник), надайте додаткову інформацію та долучіть відповідні медичні документи до Декларації.....			

ПІБ Страховальника _____ /Підпис _____
ПІБ Застрахованої Особи _____ /Підпис _____
Дата « ____ » _____ 20 ____ р.