



ПрАТ «МетЛайф»

вул. Жиланська, 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 критичних жіночих ризиків» (FC/MB) - на наступних умовах (обране позначити ):

<input type="checkbox"/> для Застрахованої Особи		<input type="checkbox"/> для Страхувальника	
Тип Страхового Тарифу:		Тип Страхового Тарифу:	
<input type="checkbox"/> на 5 років		<input type="checkbox"/> на 5 років	
<input type="checkbox"/> на 10 років		<input type="checkbox"/> на 10 років	
<input type="checkbox"/> до 65 років		<input type="checkbox"/> до 65 років	
Одноразова виплата у разі діагностування раку жіночого органу	_____ грн.	Одноразова виплата у разі діагностування раку жіночого органу	_____ грн.
Щомісячна виплата у разі діагностування раку жіночого органу	_____ грн.	Щомісячна виплата у разі діагностування раку жіночого органу	_____ грн.
Виплата з госпіталізації по причині раку жіночого органу	_____ грн./доба	Виплата з госпіталізації по причині раку жіночого органу	_____ грн./доба
Одноразова виплата у разі смерті внаслідок важких ускладнень під час вагітності/пологів	_____ грн./доба	Одноразова виплата у разі смерті внаслідок важких ускладнень під час вагітності/пологів	_____ грн./доба
Виплата з госпіталізації у разі важких ускладнень під час вагітності/пологів	_____ грн./доба	Виплата з госпіталізації у разі важких ускладнень під час вагітності/пологів	_____ грн./доба
Виплата з госпіталізації до відділення реанімації (або інтенсивної терапії) у разі важких ускладнень під час	_____ грн./доба	Виплата з госпіталізації до відділення реанімації (або інтенсивної терапії) у разі важких ускладнень під час	_____ грн./доба

## Додається заповнена форма «Декларація».

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.