



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 СПЛАТУ ОДНОРАЗОВОЇ ЗБІЛЬШЕНОЇ СТРАХОВОЇ ПРЕМІЇ (далі - Заява)**ЗА ДОГОВОРОМ СТРАХУВАННЯ № □□□□□□□□**

Я, _____ (ПІБ), прошу одноразово збільшити розмір чергової Страхової Премії за моїм Договором Страхування з _____грн. до _____грн., та зарахувати її наступним чином:

1. _____грн. як чергову Індексовану Страхову Премію;
2. _____грн. як Індивідуальну Індикацію*

* Індивідуальна Індикація - одноразова Індексована (Збільшена) Страхова Премія, що додатково зараховується до Спеціального Фонду індексації (далі - Фонд).

Важливо: до Фонду зараховується 90% Індивідуальної Індикації протягом перших 5-ти років з дати сплати першої Індексованої Страхової Премії та 100% протягом всіх наступних років.

Погоджуюсь з тим, що додатково сплачена сума є невід'ємною частиною Фонду.

У разі дострокового припинення дії Договору Страхування/набуття Договором Страхування статусу Сплаченого Договору Страхування, Викупна Сума збільшується на розмір Викупної Суми Фонду, згідно з методикою, яка є невід'ємною частиною Правил страхування/Загальних Умов.

Погоджуюся, що ця Заява стане невід'ємною частиною Договору Страхування та не потребуватиме подальшого узгодження Сторонами.

Важливо: Розмір Індивідуальної Індикації не може бути меншим за 2 000 гривень.

Страхувальник:

П.І.Б.: _____

Підпис: _____

Дата підписання: □□.□□.□□□□ р.

Застрахована Особа:

«З запропонованими змінами згоден (згодна).»

П.І.Б.: _____

Підпис: _____

Дата підписання: □□.□□.□□□□ р.