



ПрАТ «МетЛайф»

вул. С.Петлюри (Комінтерну), 14, м. Київ, 01032

т./ф.: +380 (44) 494-1343 / 494-1345

[www.metlife.ua](http://www.metlife.ua); [office@metlife.ua](mailto:office@metlife.ua)

Від Страхувальника:

П.І.Б. \_\_\_\_\_

Адреса для листування: індекс      . \_\_\_\_\_

Контактний телефон: +

## ЗАЯВА ПРО ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ

№

Прошу надати страхове покриття за програмою страхування додаткових ризиків **«Страхування на випадок хірургічного втручання та/або госпіталізації внаслідок нещасного випадку або хвороби» (Н/С/С\*AS)** на наступних умовах (обране відмітити ):

для Застрахованої особи з страховими сумами: Госпіталізація \_\_\_\_\_ грн.  
Хірургічне втручання \_\_\_\_\_ грн.  
Тимчасова непрацездатність \_\_\_\_\_ грн.

для Страхувальника з страховими сумами: Госпіталізація \_\_\_\_\_ грн.  
Хірургічне втручання \_\_\_\_\_ грн.  
Тимчасова непрацездатність \_\_\_\_\_ грн.

Заповнена форма «Декларація» додається.

Письмову відповідь на цю заяву та всю подальшу письмову кореспонденцію я бажаю отримувати (оберіть один з варіантів нижче):

звичайним листом; або

електронною поштою (зазначте адресу \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_).

Страхувальник\*:

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 Страхувальником є підприємство, заяву підписує уповноважена особа, підпис якої засвідчується печаткою підприємства.

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

- ПОНОВЛЕННЯ ДОГОВОРУ   
  НАДАННЯ ДОДАТКОВИХ ПРОГРАМ   
  ЗМІНА СТРАХУВАЛЬНИКА  
 ЗБІЛЬШЕННЯ СТРОКУ ДІ ДОГОВОРУ   
  ЗБІЛЬШЕННЯ СТРАХОВОЇ СУМИ

У РАЗІ ЗМІНИ ПЕРІОДИЧНОСТІ СПЛАТИ, ВКАЖІТЬ БАЖАНУ:   
 ЩОРІЧНА   
 ПІВРІЧНА   
 КВАРТАЛЬНА

1.	<b>Застрахована особа:</b> Паспорт: серія ____ № _____ Ідентифікаційний номер: _____ ПІБ _____ Дата народження: « ____ » _____ р. Тел. _____ E-mail _____ @ _____ Місце роботи _____ Посада _____ Вид діяльності/службові обов'язки _____
2.	<b>Страховальник:</b> Паспорт: серія ____ № _____ Ідентифікаційний номер: _____ ПІБ _____ Дата народження: « ____ » _____ р. Тел. _____ E-mail _____ @ _____ Місце роботи _____ Посада _____ Вид діяльності/службові обов'язки _____

*Увага! У разі відсутності відповіді на питання пункту 3.1 та/або 3.2 за відповідь вважатиметься «ні»/«0»*

3.	<b>Застрахована Особа</b>	<b>Страховальник</b>
3.1.	Вкажіть середню кількість цигарок, сигар або інших тютюнових виробів, які Ви споживаєте зараз або споживали протягом останніх 24 місяців <b>на день</b> ?..... шт. Зріст (см) _____ Вага (кг) _____	Вкажіть середню кількість цигарок, сигар або інших тютюнових виробів, які Ви споживаєте зараз або споживали протягом останніх 24 місяців <b>на день</b> ?..... шт. Зріст (см) _____ Вага (кг) _____
3.2.	Вкажіть Ваш сукупний дохід _____ грн. на місяць та чистий дохід _____ грн. на місяць	Вкажіть Ваш сукупний дохід _____ грн. на місяць та чистий дохід _____ грн. на місяць
3.3.	Дійсні Договори страхування з ПрАТ «МетЛайф»: Заява/Поліс №.....	Дійсні Договори страхування з ПрАТ «МетЛайф»: Заява/Поліс №.....

3.4 Надалі я - Застрахована Особа/ Страховальник – заявляю, що з моменту підписання Заяви про страхування, за якими укладено вищезазначені Договори Страхування:

3.4.1.	Я не вживаю та не вживав жодних наркотичних, психотропних, або інших речовин, що викликають залежність, не мав та не маю психічних або нервових розладів, депресії.
3.4.2.	Я не постраждав від нещасних випадків, не переніс жодної хвороби.
3.4.3.	Мене не було направлено та я не звертався до лікарні щодо обстеження, мене не було госпіталізовано, прооперовано. Мені не було діагностовано жодного розладу здоров'я та призначено жодного лікування.
3.4.4.	Жодному з моїх близьких родичів не було діагностовано тяжке захворювання та жоден з моїх близьких родичів не помер (якщо ні – зазначте вік та діагноз/причину смерті).

3.5. Я - Застрахована Особа / Страховальник – заявляю, що:

3.5.1.	Я не проходжу та не планую проходити жодних обстежень, мені не призначено жодних діагностичних процедур, хірургічних втручань, я не лікуюсь зараз та не маю жодних показань для госпіталізації. Якщо Застрахована Особа – дитина у віці до 18 років: Востаннє відвідувала педіатра/або будь-якого іншого лікаря: місяць....., рік....., причина.....
3.5.2.	Я ніколи не був поінформований, що маю, не лікуюсь та ніколи не був направлений на лікування СНІДу або хвороб, пов'язаних зі СНІДом, або хвороб, що передаються статевим шляхом, та ніколи не мав позитивного результату аналізу крові на антитіла до вірусу СНІД (ВІЛ).
3.5.3.	На момент підписання цієї Заяви я: - не є непрацездатним та мені ніколи не було встановлено інвалідність, - не є у відпустці по догляду за малолітньою дитиною та не мала жодних ускладнень під час пологів, - не є вагітною.
3.5.4.	Я не є дійсним/зарєстрованим членом будь-якої спортивної команди. Я не беру участі, не планую та не маю намірів взяти участь у будь-якому виді перегонів, займатися підводним плаванням, альпінізмом, мотоциклетним, гірськолижним, вітрильним, авіаційним, парашутним спортом або будь-яким іншим небезпечним видом спорту; в обслуговуванні польотів або у безпосередньому керуванні літаком, або будь-яким іншим літальним апаратом.
3.5.5.	Я не подавав заяву на отримання та/або не отримував Страхуви Виплату у зв'язку із травмою, хворобою або непрацездатністю в іншій страховій компанії.
3.5.6.	Заяву про страхування, подану мною, жодного разу не було відхилено або прийнято на спеціальних умовах або за умови сплати додаткової Страхової Премії.

4.	Чи керуєте/плануєте керувати мотоциклетним транспортним засобом із об'ємом двигуна більше 125 куб.см, окрім спортивних, та погоджуєтесь зробити відповідну доплату згідно розрахунку Страховика так ні	Чи керуєте/плануєте керувати мотоциклетним транспортним засобом із об'ємом двигуна більше 125 куб.см, окрім спортивних, та погоджуєтесь зробити відповідну доплату згідно розрахунку Страховика так ні
----	--	--

Чи погоджуєтесь Ви з усіма пунктами блоку 3?   
 ТАК   
 НІ

Я не погоджуюсь лише з такими пунктами блоку 3 та надаю таку додаткову інформацію та медичні висновки:  
**Увага! Обов'язково зазначте пункт анкети та зазначте особу, щодо якої наводиться додаткова інформація. У разі такої необхідності скористайтесь додатковим аркушем, засвідчіть його власним підписом, зазначте дату підписання та додайте до Заяви:**

СВОЇМ ПІДПИСОМ ПІДТВЕРДЖУЮ ДОСТОВІРНІСТЬ ТА ПОВНОТУ ВСІХ ДАНИХ, НАВЕДЕНИХ В УСІХ ЧАСТИНАХ ЦЬОЇ ДЕКЛАРАЦІЇ; РОЗУМІЮ ТА ПОГОДЖУЮСЬ З УСІМА ЗОБОВ'ЯЗАННЯМИ, В ТОМУ ЧИСЛІ НАДАВАТИ СТРАХОВИКУ ПОВНУ ІНФОРМАЦІЮ ПРО ВІДОМІ МЕНІ ОБСТАВИНИ, ЩО МАЮТЬ ІСТОТНЕ ЗНАЧЕННЯ ДЛЯ ОЦІНКИ СТРАХОВОГО РИЗИКУ, ІНФОРМУВАТИ СТРАХОВИКА ПРО БУДЬ-ЯКУ ЗМІНУ ТАКИХ ОБСТАВИН. ЗАПОВНЕННЯ ЦЬОЇ ФОРМИ Є ПІДТВЕРДЖЕННЯМ ТАКОГО МОГО НАМІРУ

Дата підписання « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ року

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 особистий підпис    прізвище та ініціали друкованими літерами  
 Заявлена Застрахована Особа (її законний представник)  
 М.П.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 особистий підпис    прізвище та ініціали - друкованими літерами  
 Страховальник (у випадку організації – уповноважена особа) /

Батьки (Опікуни, Піклувальники) заявленої Застрахованої дитини .....