



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 Індексацію*

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

Важливо: до Фонду зараховується 90% Індивідуальної Індексації 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 частину Договору Страхування та не потребуватиме подальшого узгодження Сторонами.

Важливо: Розмір Індивідуальної Індексації не може бути меншим за 1 000 гривень.

Страхувальник:
П.І.Б.: _____
Підпис: _____

Дата підписання: . . р.

Застрахована Особа:
«З запропонованими змінами згоден (згодна).»
П.І.Б.: _____
Підпис: _____

Дата підписання: . . р.