



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

№ □□□□□□□□□□

Прошу визначити Вигодонабувачів на випадок смерті Застрахованої Особи таким чином:

- спадкоємців згідно з законодавством України; або
- вказаних нижче осіб**:

Прізвище, ім'я, По батькові	Серія та номер паспорта/ свідоцтва про народження	Дата народження	Ідентифікаційний номер	Ступінь спорідненості із Застрахованою особою	Адреса	Частка виплати*

* Сума часток виплати Вигодонабувачам має становити 100%.

** **ВАЖЛИВО:** заповнення всіх даних вигодонабувача є обов'язковим для внесення змін до Договору Страхування!

У випадку, якщо Вигодонабувач на момент здійснення Страхових Виплат не досяг повноліття, всі виплати, передбачені Договором Страхування життя, доручаю здійснити:

- законному опікунові або піклувальникові на користь малолітньої або неповнолітньої особи.
- на рахунок банку, відкритий законним опікуном або піклувальником на ім'я малолітньої дитини або неповнолітньої особи.

Письмову відповідь на цю заяву та всю подальшу письмову кореспонденцію я бажаю отримувати електронною поштою на 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.