



ПрАТ «МетЛайф»
вул. Жилианська, 110, м. Київ, 01032, Україна
Т./ф.: +380(44) 4941343 / 4941345
www.metlife.ua; office@metlife.ua

від застрахованої особи
П.І.Б. _____

ІПН _____

Договір групового страхування життя № _____

Місце роботи (назва, посада) _____

Фактична адреса проживання: індекс _____

Контактний телефон: + _____

ЗАЯВА ПРО ПРИЗНАЧЕННЯ ВИГОДОНАБУВАЧА

Прошу визначити Вигодонабувачів на випадок моєї смерті 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 та контактний телефон	Частка виплати*

* Сума часток виплати Вигодонабувачам має становити 100%.

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.

Застрахована особа:

П.І.Б.: _____

Підпис: _____

Дата підписання: _____ р.

Страховальник / Роботодавець:

«З запропонованими змінами згоден (згодна).»

П.І.Б.: _____

Підпис: _____

Місце для печатки

Дата підписання: _____ р.