

АНКЕТА ДЛЯ ПРОВЕРКИ НАЛИЧИЯ ФИНАНСОВЫХ РИСКОВ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ ИХ ВЕЛИЧИНЫ

Страховая компания Medlife Ltd. по закону обязана собрать информацию о финансовой ситуации своих клиентов. Убедительно просим Вас ответить на каждый вопрос. Medlife Insurance Ltd. может при необходимости запросить дополнительные документы от своих клиентов (для проверки доходов). Все представленные данные обрабатываются в соответствии со строгими законами Европейского Союза о защите данных.

1	Полис №	Заявление №
2	Ф.И.О плательщика страховых взносов	
3	Профессиональная деятельность плательщика полиса в настоящее время	
4	Работодатель плательщика (название фирмы, адрес, сфера деятельности, интернет-адрес, работает с ...)	
5	Месячный нетто-доход плательщика страховых взносов (исключительно от профессиональной деятельности): _____ USD/EUR	
6	Совокупный месячный доход плательщика страховых взносов _____ USD/EUR Детальное описание источника(ов) совокупных дополнительных доходов (например, доход от сдачи в аренду недвижимости, инвестиций капитала и т.д.):	
7	Общее имущество (просьба дать подробные сведения о размере в USD и об источниках) размер: _____ USD/EUR источники: _____ Параграф 7 должен быть заполнен, если 1) клиент имеет контракт одноразовой премии или пенсии с оплатой USD/EUR 30000 и больше, или 2) общая сумма годовых оплат превышает полугодовой доход клиента (доход 6 месяцев, параграфы 5 и 6)	
8	Имеются ли у плательщика страховых взносов или застрахованного лица другие договоры страхования жизни (вкл. страхования на случай нетрудоспособности)? В случае положительного ответа указать название страховой компании и размер страховой суммы в USD/EUR. а) Страховые договоры, которые имеет плательщик страховых взносов _____ б) Заявления на страхование жизни, которые подал или планирует подавать плательщик страховых взносов _____	
9	Пожалуйста, укажите, что побудило Вас подать данное заявление на страхование жизни	

Я подтверждаю, что ответил(а) на все вышеприведенные вопросы исчерпывающе и правдиво. Я осознаю, что данная анкета будет являться составной частью договора страхования.

Место, дата

Подпись плательщика страховых взносов

Подпись сотрудника