

Номер полиса:
 Страхователь : Дата рождения:
 Отчество (имя отца): Место рождения (город):
 Адрес:
 Адрес электронной почты страхователя:@.....
 Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН):
 Налоговое резидентство (страна): Телефон:

К КАЖДОМУ ЗАЯВЛЕНИЮ ПРОСИМ ПРИЛАГАТЬ ЦВЕТНУЮ КОПИЮ ПАСПОРТА (=обязательно)

- Изменение адреса ВАЖНО:** просим заполнить страницу 5 и выбрать способ подтверждения адреса
Новый адрес страхователя:
 Улица..... Дом..... Кв.
 Страна/индекс/город..... Телефон.....
Новый адрес застрахованного лица:
 Улица..... Дом..... Кв.
 Страна/индекс/город..... Телефон.....

- Снижение** годовой премии с USD/EUR до USD/EUR, начиная с (число).....(Возможно только с начала страхового периода! Минимальный размер премии – USD/EUR 300)
- Расторжение договора с начала действия (возможно только в течение 2-х недель после получения страхового полиса).** На обратной стороне укажите, пожалуйста, Ваши банковские реквизиты и не забудьте приложить к письму оригинал полиса.
- Освобождение от оплаты дальнейших взносов** и сторнирование всех дополнительных тарифов (Условие: наличие выкупной стоимости у договора – см. полис, таблица на странице 2)
- Отсрочка платежа** максимальный срок – 6 месяцев с начала страхового периода (отсрочка платежа не возможна для договоров фондового страхования жизни). Заявление должно поступить в Medlife в течение 1,5 месяцев со срока оплаты страховой премии.
- Восстановление договора:** Просьба прочитать подробный информационный лист о восстановлении договора на сайте www.medlife.net (раздел скачивания) и использовать прилагаемую к нему форму для заявления на восстановление.
- Выкуп договора** (Условие: наличие выкупной стоимости, см. полис, таблица на странице 2. На Ваш домашний адрес Вам будет выслана квитанция на получение выкупной стоимости, которую Вам надо будет заполнить, указав Ваши банковские реквизиты, подписать и выслать нам, после чего мы сможем сделать перевод)
- Изменение лиц, имеющих право на получение выплаты в случае смерти застрахованного лица** (Укажите, пожалуйста, имя, дату рождения и долю (в процентах) указанных лиц):
 1. Имя : Дата рождения:доля:%
 2. Имя : Дата рождения:доля:%
 3. Имя : Дата рождения:доля:%
 Итого: 100 %
- Прошу выслать информацию о **состоянии моего полиса** (= дополнение к полису с актуальной информацией о страховых суммах и балансе счета)
- Прошу выслать мне **дубликат полиса** и одновременно заявляю, что мой полис потерян. Я даю свое согласие, что за выписку дубликата с моего полисного счета будет снят сбор в размере 15 USD/EUR.
- Прочие изменения/замечания:**.....

Число

Подпись страхователя

**РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА
с начала действия**

Прошу перечислить внесенный первый страховой взнос
на следующий банковский счет:

(Банковские реквизиты будут дополнительно запрошены при отправке квитанции на
получение выкупной стоимости, потому заполнение этого формуляра при выкупе
договора необязательно)

Банк-получатель:

Название банка-получателя .....	.....
Адрес банка-получателя .....	.....
Номер счета: .....	.....
SWIFT / BIC: .....	.....
ФИО владельца счета: .....	.....
Адрес владельца счета: .....	.....

Банк-корреспондент:

Название банка-корр. ....	.....
Адрес банка-корр. ....	.....
№ счета банка-получателя: .....	.....
SWIFT/ BIC банка-корр.: .....	.....

Число

Подпись страхователя

Если перевод осуществляется не на личный счет
страхователя, Ваша подпись должна быть заверена
нотариально.

Информируем Вас о возможностях передачи Вашего формуляра на изменение и соответственно связанных с ним документов (статус 01.07.2016):

Следующие документы необходимо предоставлять **всегда в оригинале** по почте:

- Заполненная квитанция на выплату суммы, начиная с USD 20.000 или с EUR 15.000
- свидетельство о смерти, медицинские документы и пр.
- Документы по случаям инвалидности (медицинские документы и пр.)

Документы в бумажном виде высылайте, пожалуйста, на адрес нашего административного офиса в Грац/Австрия.

Другие вышеуказанные запросы и заявления на изменения высылайте, пожалуйста, в отсканированном виде по адресу: e-mail office@medlife.net - Вы сэкономите время и деньги на почтовую пересылку.

Для удостоверения личности прикладывайте, пожалуйста, цветную скан-копию паспорта Страхователя (обязательно), и используйте для заявлений наш формуляр на изменение („Proposed changes“ /“Заявление на изменение“. Этот формуляр Страхователь должен заполнить, подписать и в отсканированном виде, и приложить к e-mail. Мы обращаем также Ваше внимание на наш сайт www.medlife.net, на котором Вы найдете информацию о продуктах, опциях, а также формуляры.

Общие условия отправки Email

Тема (заголовок) e-mail должна быть сформулирована четко и кратко, с указанием номера полиса. На каждый полис – отдельный e-mail, напр. „Pol. 20115XXX – Изменение наследника“ или „Pol 20120XXX - Изменение адреса“

Размер файлов: приложения не должны превышать 10 Megabyte (MB) – лучше всего хорошо читаемые файлы в формате PDF, Jpg или Tif.

Подтверждение о доставке: на каждый e-mail, поступивший на office@medlife.net, высылается автоматическое подтверждение доставки. Если Вы такое подтверждение получили, можете быть уверены, что Ваш запрос принят к обработке.

Не стоит перезванивать в компанию для уточнения поступления сообщения.

Если подтверждение доставки Вами не получено, загляните, пожалуйста, в Ваш файл „Spam“.

Ответ на e-mail: в связи с большим количеством сообщений ответ высылается в течение 7-10 рабочих дней. Сообщения обрабатываются в порядке очереди.

Мы уверены, что соблюдение вышеуказанных условий позволит облегчить организацию работы с бумажной и электронной корреспонденцией, и тем самым быстрее обслуживать наших клиентов.

Благодарим Вас за поддержку.
Medlife Insurance Ltd.

Medlife Insurance Ltd.
Alpha Business Centre
27 Pindarou Street
3rd Floor, Block B
1060 Nicosia
Cyprus

**ЗАЯВЛЕНИЕ ОБ УТЕРЕ ПОЛИСА
(данный формуляр требует нотариального
заверения)**

Номер полиса: _____

Имя владельца/бенефициара полиса: _____

Адрес: _____

Я (мы) заявляю(-ем) об утере полиса (причина): _____

Как владелец/бенефициар (ненужное зачеркнуть) вышеуказанного полиса, я (мы) заявляю(-ем), что данный полис больше не считается действительным, и обязательства Medlife Insurance Ltd передо мной (нами) исчерпаны.

Далее, я (мы) заявляю (-ем), что данный полис не заложен, и никоим образом не может быть использован с целью юридических исков по отношению к страховщику Medlife Insurance Ltd.

Я (мы) обязуюсь(-емся) компенсировать Medlife Insurance Ltd.:

- все убытки, связанные со страховыми выплатами, произведенными без предоставления оригинала полиса;
- а также все убытки, если полис, который был признан недействительным, предоставлен третьим лицом, пытающимся неправомерно им воспользоваться.

Дата рождения застрахованного лица: _____

Дата и место

Подпись владельца/бенефициара полиса

**1. Подтверждение адреса страхователя посредством прилагаемого документа /
 Address confirmation for policyholder's address by document enclosure**

Для подтверждения адреса страхователя к заявлению прилагается следующий документ, в котором указан идентичный адрес, как и на первой странице заявления (пожалуйста, отметьте один надлежащим образом ⊗) / *In order to confirm the address of Policyholder the following document has been enclosed to this proposal and shows the same address as on first page of this proposal (pls tick one proper selection ⊗):*

OPTION 1

- Договор аренды/ *Rental Contract*
- Счет за электроэнергию/ *Electricity invoice*
- Счет за газ/ *Gas invoice*
- Счет за воду/ *Water Invoice*
- Банковское подтверждение/ *Bank confirmation*
- Страховой документ/ *Insurance document*
- Иной документ государственного учреждения/ *Other document of a public office*
- Иной документ, на котором отчетливо виден адрес страхователя / *Other document on which the address of the policyholder can be clearly seen.*

Passport residency page is not accepted as a proof of residency - Прописка в паспорте не принимается в качестве доказательства.

ИЛИ / OR

2. 1. Подтверждение адреса страхователя посредством посещения: подтверждение консультанта / Address confirmation for policyholder by visiting: Confirmation of broker member

Option 2

Я/И, _____ (ФИ консультанта/ *Name of broker member*)
 подтверждаю, что я лично посетил в день / *confirm that I personally visited on date*
 _____ (DD/ММ/YYYY) место проживания страхователя и подтверждаю, что
 адрес, указанный страхователем на первой странице настоящего заявления, является
 адресом его места проживания *the premises of the policyholder and can confirm that the address stated
 by the policyholder on the first page of this proposal is his residential address.*

Дата (Date)_____
Подпись страхователя (Policyholder's signature)_____
Дата (Date)_____
Подпись консультанта (Broker member's signature)