

=====

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](http://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)

- Частичный выкуп договора фондового страхования жизни** (при условии, что минимальная сумма частичного выкупа составляет 1000 долларов США/евро, а минимальная оставшаяся стоимость инвестиционного портфеля составляет 1000 долларов США/евро):

Текущая стоимость инвестиционного портфеля:\_\_\_\_\_ Желаемая сумма частичного выкупа:\_\_\_\_\_

- Выплата** (только для продукта Flexible Future Plan): Я хочу получить выплату в соответствии с правилами, указанными в “Flexible Future Plan”-Информационном листе. Ежегодная страховая премия: USD/EUR\_\_\_\_\_ Сумма выплаты: USD/EUR\_\_\_\_\_ (максимум 2,5 x годовой взнос). Свои банковские реквизиты сообщил в прилагаемой форме.

- 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:.....%

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.

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](mailto: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](http://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](mailto: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  
3<sup>rd</sup> 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 по данному полису 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