Здравствуйте уважаемый клиент,

пожалуйста, заполните Вашими ответами таблицу ниже – и отправьте анкету мне по мере готовности.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ЛИЧНЫЕ ДАННЫЕ | | |
| Ваша фамилия (пожалуйста, укажите как в загранпаспорте) | |  |
| Ваше имя (пожалуйста, укажите как в загранпаспорте) | |  |
| Укажите адрес регистрации | |  |
| Пожалуйста, если Вы живете не по месту регистрации - укажите свой почтовый адрес | |  |
| Ваш мобильный телефон | |  |
| Ваш e-mail | |  |
| В какой валюте Вы хотели бы открыть полис? (возможны доллар США, евро либо фунт стерлингов) | |  |
|  | | |
| Номер согласованного проекта полиса | |  |
| Сумма страховой защиты | |  |
| Периодичность взноса по полису | |  |
| Ежегодный взнос в контракт | |  |
| Тип полиса (пожизненно, или на срок) | |  |
| Используется ли ускоренная выплата премии? (за 10 лет, за 20 лет либо до возраста 65 лет) | |  |
| Использовать дополнительную опцию двойного возмещения при смерти по несчастному случаю? | |  |
| Использовать дополнительную опцию освобождения от уплаты взносов при нетрудоспособности? | |  |
|  | | |
| Какова Ваша профессия? | |  |
| Как долго Вы уже занимаетесь этой профессией? | |  |
| Пожалуйста, укажите название и адрес компании, в который Вы работаете | |  |
| Характер деятельности организации-работодателя (например: нефть, газ, финансовые услуги, строительство, и т.д.) | |  |
| Как давно Вы работаете в этой компании? | |  |
| Связана ли Ваша деятельность с работой под водой, под землей, на высоте более трех метров, вдали от берега, или в других опасных условиях? | |  |
| Направляла ли Вас компания в командировки в другие страны в последние два года? | |  |
| Ожидаете ли Вы зарубежных командировок в будущем? | |  |
| Намереваетесь ли Вы изменить род своих занятий в ближайшие полгода? | |  |
| ОБРАЗОВАНИЕ И ДОХОД | | |
| Какое у Вас образование? (например: высшее 5 лет в ВУЗе, незаконченное высшее 2 года в ВУЗе, средне-специальное 3 года, и пр.) Когда и какой ВУЗ окончили. | |  |
| Пожалуйста, укажите Ваш доход за прошлый, и позапрошлый годы на основной работе: | |  |
| Если у Вас есть дополнительные источники доходов – укажите эти доходы за два минувших года | |  |
| ГРАЖДАНСТВО И СТРАНА ПРОЖИВАНИЯ | | |
| В какой стране Вы родились? | |  |
| Гражданином какой страны Вы являетесь? | |  |
| У Вас есть гражданство других стран? | |  |
| В какой стране Вы проживаете? | |  |
| Каковы правовые основания Вашего проживания в этой стране (например - гражданство) | |  |
| Как давно Вы живете в этой стране? | |  |
| Сколько еще Вы планируете жить в этой стране? | |  |
| В какую страну Вы планируете переехать (если переезд не планируете, укажите – не планирую) | |  |
| ОБРАЗ ЖИЗНИ | | |
| Курили ли Вы на протяжении последних 12 месяцев, или потребляли никотин другим образом, например: жевательный, нюхательный табак, электронные сигареты, и пр.? | |  |
| Если Вы бросили – когда последний раз Вы употребляли табак, в какой форме, и как часто? | |  |
| Пьете ли Вы алкоголь? | |  |
| Получали ли вы когда-нибудь врачебные рекомендации снизить или прекратить употребление алкоголя? Проходили ли Вы консультации, лечение или терапию, направленную на снижение или отказ от употребления алкоголя? | |  |
| В последние 7 лет употребляли ли Вы какие либо наркотики без предписания врача? | |  |
| Вы занимаетесь, или намереваетесь заняться каким-либо опасным спортом или хобби? | |  |
| СТРАХОВАНИЕ: ЗАДАЧИ И ДЕТАЛИ | | |
| Если ли у Вас уже полис страхования жизни другой компании? Если да – укажите название компании, дату выпуска контракта, тип полиса, сумму страховой защиты, причину его открытия | |  |
| Если Ваше заявление в Unilife будет одобрено – намереваетесь ли Вы прекратить какой-то из уже существующих полисов? | |  |
| За исключением перечисленных выше полисов – обращались ли Вы в иные страховые компания для страхования жизни в последние 12 месяцев, или намереваетесь сделать это в ближайшее время? | |  |
| При обращении за страхованием жизни, страхованием критических заболеваний, страхованием нетрудоспособности – делали ли Вам когда-нибудь надбавку за страхование, или предлагали полис на специальных условиях, либо отказывали в выпуске полиса? | |  |
| Пожалуйста, укажите имя, возраст, и степень родства того человека (или людей), финансовые интересы которых защитить с помощью полиса страхования жизни | |  |
|  | | |
| Кто либо из Ваших родителей, братьев, сестер или детей страдал или умер в возрасте до 60 лет от сердечных болезней, инсульта, диабета, рака, рассеянного склероза, болезнью Альцгеймера, поликистоза почек, прогрессирующей мышечной атрофией или от других наследственных заболеваний? | |  |
| Укажите Ваш рост | |  |
| Укажите Ваш вес | |  |
| Уменьшился ли Ваш вес более чем на 6 килограмм за последние полгода? | |  |
|  | | |
| 1) рак, лейкемия, болезнь Ходжкина, лимфома или головная опухоль, или опухоль спинного мозга? | |  |
| 2) сердечная болезнь, стенокардия, сердечный приступ, аномалия или дефект сердца, нарушение сердечного клапана или нерегулярное сердцебиение? | |  |
| 3) Инсульт, мини-инсульт, транзиторная ишемическая атака (TIA), мозговое или субарахноидальное кровотечение? | |  |
| 4) Рассеянный склероз, болезнь Паркинсона, болезнь Альцгеймера, паралич или параплегия? | |  |
| 5) зрительные нарушения, размытое или двойное зрение, оптический или ретробульбарный неврит? | |  |
| 6) покалывание, онемение, тремор или утрата чувствительности, равновесия или координации, по причине которых вы обращались к врачу или в госпиталь? | |  |
| 7) Был ли у Вас когда-либо положительный результат на ВИЧ, гепатит B или C, или вы ожидаете результатов этих тестов теста? | |  |
| В течение последних 5 лет было ли у Вас одно из нижеперечисленных: | |  |
| 1) Новообразование, которое появилось или увеличилось в размерах, или родинка или веснушка, которая кровоточила, вызвала боль или изменилась внешне? | |  |
| 2) Повышенное кровяное давление или повышенный уровень холестерина, для которого было рекомендовано лечение, или изменение диеты? | |  |
| 3) Астма, бронхит, туберкулез, кашель с кровью или иными выделениями, заболевание легких или нарушение дыхания? | |  |
| 4) Повторяющаяся головная боль, по причине которой вы консультировались с врачом, или эпилепсия, приступы, припадки или потеря сознания? | |  |
| 5) Любое нарушение зрения или слуха или любое расстройство глаз или ушей? (Вы можете игнорировать проблемы с глазами, исправленные очками или контактными линзами, но вы должны рассказать нам обо всех нарушениях слуха, даже если они исправлены слуховыми аппаратами) | |  |
| 6) Диабет, болезнь Крона или колит? | |  |
| 7) Любое расстройство почек? | |  |
| 8) Лечение или положительный тест на любое заболевание, которое передавалось половым путем? | |  |
| 9) Любое психическое заболевание или расстройство пищевого поведения, попытки нанести себе вред, либо передозировка лекарств? | |  |
| 10) Чувства депрессии, тревоги, стресса или усталости, о которых вы сообщили врачу, в госпитале, медсестре, психологу или психиатру или любому другому врачу? | |  |
| 11) В течение последних 5 лет вы подвергались риску заражения ВИЧ? (ВИЧ может быть передан при небезопасном сексе, внутривенной наркоманией или переливанием крови или хирургией)? | |  |
| 12) Любые проблемы с кожей, такие как псориаз, дерматит или солнечный ожег? | |  |
| 13) Любые проблемы с позвоночником, суставами, костями или мышцами, такие как артрит, ревматизм, боли в спине или хирургия спины, грыжа межпозвоночного диска, переломы костей или проблемы с суставами? | |  |
| В течение последних двух лет, сверх того, что Вы уже упомянули: | |  |
| 1) Имели ли Вы медицинские консультации (например, с врачом, психиатром, физиотерапевтом, или другими специалистами), или пребывали в госпитале как стационарный или амбулаторный больной? | |  |
| 2) Имели ли Вы, или Вам были рекомендованы какие-либо медицинские исследования, рентген, сканирование или тест? (В этом вопросе Вам не нужно давать подробные сведения о случайных консультациях с вашим обычным врачом для простуды, гриппа или консультаций для оральных контрацептивных таблеток, тестов на мазок или для проверок мужчин и женщин, где результаты известны и были нормальными). | |  |
| За последние двенадцать месяцев вам было предписано какой-либо медикамент, лекарство или какая-либо другая форма медицинского лечения (например физиотерапия, психотерапия)? | |  |
| В течение последних шести месяцев у вас был какой-либо медицинский симптом, изменение вашего физического или психического здоровья или изменение ваших физических или умственных способностей, с которыми вы не обращались к врачу или в клинику (здесь Вам не нужно указывать подробности простуд и гриппа, которые длились менее 2 недель)? | |  |
| В течение следующих двенадцати месяцев вы должны пройти консультацию или осмотр в связи с любым медицинским симптомом или состоянием, или вы ожидаете результата какого-либо медицинского исследования? | |  |
| Пожалуйста, укажите имя, адрес и телефонный номер врача, клиники или больницы, куда Вы чаще всего обращаетесь за медицинской помощью, где ведется Ваша амбулаторная книжка | |  |
| ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛИ | | |
| Первичный/ые выгодоприобретатель/ли  (если выгодоприобретателей несколько, сумма их долей должна быть равна 100) | | |
|  | Фамилия и имя (пожалуйста, укажите по-латински) |  |
|  | Дата рождения |  |
|  | Степень родства |  |
|  | Адрес проживания |  |
|  | Доля страхового возмещения |  |
|  |  |  |
|  | Фамилия и имя (пожалуйста, укажите по-латински) |  |
|  | Дата рождения |  |
|  | Степень родства |  |
|  | Адрес проживания |  |
|  | Доля страхового возмещения |  |

И финальный шаг.

Уважаемый клиент,

пожалуйста, пришлите мне сканы двух Ваших документов:

1. Скан загранпаспорта, и
2. Скан российского паспорта – разворот с фото, и пропиской.

Получив сканы и ответы на вопросы анкеты – я приступлю к выпуску полиса, который надежно защитит финансовые интересы семьи, и тем самым обеспечит безопасность Ваших близких.

До встречи!

С уважением,

Алексей Протасевич.