Russian

Отн.:
Номер TABS:
Учреждение:

Уважаемый(-ая) !

Мы проводим проверку финансового положения и медицинской страховки указанного выше участника. Вам необходимо предоставить нам только сведения, которые вы получили из первых рук. **По каждому вопросу обведите вариант «ДА» или «НЕТ».**

Вышлите данную форму в приложенном конверте в течение одной недели. Если отведенного места не хватает для ответа или вы желаете предоставить дополнительную информацию, приложите дополнительный лист. Если вам необходима помощь или у вас возникнут вопросы, позвоните по указанному выше телефону. Благодарим за сотрудничество.

С уважением,

Специалист по ресурсам и страховому возмещению

1. Получаете ли вы доход из какого-либо источника за указанного выше участника?
   НЕТ (перейдите к вопросу 2) **ДА** (укажите следующую информацию)

ИСТОЧНИК ДОХОДА	НОМЕР ТРЕБОВАНИЯ	СУММА
СОЦИАЛЬНОЕ СТРАХОВАНИЕ		
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ДОХОД ПО СОЦИАЛЬНОМУ ОБЕСПЕЧЕНИЮ (SSI)		
ПЕНСИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА		
ПОСОБИЕ ВЕТЕРАНА		
ДРУГОЕ:		

2. Управляете ли вы активами, например банковским счетом, похоронным фондом, акциями, облигациями и т. д., от имени указанного лица?

   НЕТ (перейдите к вопросу 3) **ДА** (укажите следующую информацию)

ВИД АКТИВОВ _____ ТЕКУЩАЯ СТОИМОСТЬ _____

НОМЕР СЧЕТА _____

НАИМЕНОВАНИЕ И АДРЕС БАНКА ИЛИ ДРУГОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, В КОТОРОЙ СОДЕРЖАТСЯ ДАННЫЕ АКТИВЫ _____

(BRO-273 ПРОДОЛЖЕНИЕ НА ОБОРОТЕ)