	-		
[ 🖵		$\sim$	
	$\mathbf{H}$		
_			

## 외화보험 적합성 진단 결과 증권번호:

1. 귀하가 가입하고자 하는 금융상품은 어떤 것입니까?				
┃ □ 예금 . 적금 □ 주식 . 채권 등 금융투자상품 ┃ □ 일반보험 □ 변액보험	┃ 8. 귀하께서 생각하시는 보험계약의 유지기간은 어느 정도 입니까? ┃ □ 5년 미만     □ 5년 이상 7년 미만			
□ 외화보험	□ 7년 이상 10년 미만 □ 10년 이상 20년 미만 □ 20년 이상 30년 미만 □ 30년 이상			
2. 귀하의 해당 금융상품 가입목적은 무엇입니까?				
□ 환율 변동에 따른 재산 증식 등 단기적인 이익 취득 목적 □ 장기 저축을 통한 목돈(와화) 마련	┃ 9. 자녀결혼, 주택구입 등 자금수요로 보험계약을 10년 이전에 중도 해지할 가능성은 어느 정도라고 예상하십니까?			
□ 노후를 위한 연금자산(외화) 마련	□ 매우 낮음(30% 미만) □ 낮음(30% 이상)			
□ 위험에 대비한 보장자산(외화) 마련	□ 가능성 있음(50% 이상) □ 높은(70% 이상) □ 매우 높음(90% 이상)			
3. 귀하가 해당 금융상품 가입목적 등을 감안하여, "외화보 험"을 가입하고 실제 어떻게 활용하실 계획입니까?(복수답 변)	10. 귀하께서 취득.처분한 경험이 있는 외화 금융상품을 모두 골라주 세요			
□ 향후 해외 거주할 예정이며, 준비 또는 생활자금 등으로 활용	□ 가입경험 없음 □ 외화예금 □ 외화펀드 □ 해외주식□ 외화저축성보험 □ 외화보장성보험			
□ 가끔 해외여행경비로 활용				
□ 장기의 미래에 본인 생활자금 또는 유학계획이 있는 자녀 생활자금 등으로 활용	11. 상기 외화금융상품에 대한 가입기간은 어느 정도입니까?			
□ 장기의 미래에 유족 등에게 외화자산 상속 등 보장자산으	□ 가입경험 없음 □ 6개월 미만 □ 1년 미만			
로 활용 □ 안정적 재산증식 수단으로 손실가능성이 없는 외화	┃ □ 2년 미만 □ 2년 이상			
를 활용 □ 외화 보장자산 확보를 통한 보장자산 다각화 등 미래 위험	12. 귀하께서는 투자하실 때 원금 보존과 투자수익률 중 어느 쪽을 중요하게 생각하십니까?			
분산에 활용	□ 원금은 반드시 보존되어야 한다			
4. 귀하의 월평균 소득은 어느 정도입니까?	□ 원금 보존을 중요하게 생각한다 □ 수익률이 어느 정도 되어야 한다 □ 수익률을 중요시한다			
□ 200만원 미만 □ 500만원 미만 □ 1000만원 미만 □ 1,000만원 이상	13. 귀하께서는 금융상품 가입시 일정 수준의 수익률을 얻기 위해			
	어느 정도의 손실을 감내하실 수 있습니까?			
5. 귀하의 월평균 소득에서 보험료 지출이 차지하는 비중은 어느 정도입니까?	□ 어떠한 경우에도 손실이 나면 안된다 □ 원금 기준 10%이내			
□ 10% 미만 □ 20% 미만 □ 30% 미만 □ 50% 이상	□ 원금 기준 20% 이내 □ 원금 기준 30% 이내			
	□ 원금 기준 50% 이내			
6. 귀하의 현재 소득, 순자산 수준에서 보험료(월납 기준)로 추가 납부하실 수 있는 금액은 어느 정도입니까?	□ 원금 기준 100% 수준도 감수할 수 있습니다.			
□ 10만원 미만 □ 30만원 미만 □ 50만원 미만 □ 100만원 미만 □ 100만원 이상	14. 귀하께서는 외화보험 등 금융상품의 구조와 위험에 대해 이해하는 수준이 어느 정도입니까?			
	□ 이해수준이 현저히 낮음			
7. 퇴직 등 향후 수입 감소 등을 감안한 귀하의 보험료 납입 가능기간은 어느 정도입니까?	┃ □ 일정 부분 이해 ┃ □ 전체적으로 잘 이해			
□ 3년 미만 □ 3년 이상 7년 미만 □ 7년 이상10 년 미만				
□ 10년 이상 20년 미만 □ 20년 이상				
□ 고객확인사항				
1. 본인은 상기와 같이 제공한 정보의 내용이 정확한 것임을 확인하고, 이를 바탕으로 적합성 진단(재진단)을 실시하고자 합니다. 2. 본인은 귀 사가 본인으로부터 제공받은 정보를 향후 24개월 동안 정보가 변경되지 않은 것으로 간주한다는 점을 설명받았습니다.				
	! 응한 영포가 한영되지 않는 것으로 친구한다는 점을 결정될겠습니다. 사에 통지하여야 귀사가 본인에게 적합한 보험계약 권유를 할 수			
있다는 점을 설명 받았습니다.				
	적합성 진단일자 : 년 월 일			
보험계약자 성명 : 전자서명	친권자 / 후견인 성명 : (서명/인)			
대리인 성명 : (서명/인)	성명 : (서명/인)			
위의 친권자는 1명만 서명한 경우 다른 친권자의 동의를 받아 서명하였음을 의미합니다.				
* 계약자가 미성년자인 경우 친권자 중 1인에 대해 적합성진단을 실시하여야 합니다. * 계약자가 정신적 장애로 일상이나 사회생활에 제약을 받는 자인 경우 후견인인에 대해 적합성진단을 실시하여야 합니다.				
* 계약자가 정신적 정애도 일정이다 자회생활에 제약을 받는 자연 경구 우선인인에 대해 적합정신인을 설시하여야 합니다. * 계약자가 법인인 경우 법인을 대표하거나 대리할 수 있는 개인에 대하여 적합성진단을 실시합니다.				