

## ПОЛНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАКЕТОВ СТРАХОВЫХ ПРОГРАММ "ЗАЩИТА", "ЗАЩИТА плюс", "ЗАЩИТА экстра"

### 1. Цель страхования

Каждый день происходят десятки тысяч несчастных случаев, большинство из которых невозможно предотвратить, предугадать или подготовиться к ним морально. Однако, благодаря страхованию жизни от несчастного случая можно предотвратить финансовые трудности семьи, связанные с этими событиями.

Новые пакеты страховых программ "ЗАЩИТА", "ЗАЩИТА плюс", "ЗАЩИТА экстра" - это простое и эффективное решение, которое в случае наступления несчастного случая позволит обеспечить достойные условия для восстановления; заменить доход, потерянный в результате нетрудоспособности; обеспечить необходимые средства членам семьи в случае потери кормильца или его нетрудоспособности, а также компенсировать затраты, возникшие в результате несчастного случая.

### 2. Состав пакетов

#### 2.1. Пакет "ЗАЩИТА"

**Программа страхования основных рисков:**

**TERM** - "Страхование на случай смерти на определенный срок или до определенного возраста".

**Программы страхования дополнительных рисков:**

**AD** - "Страхование на случай смерти в результате несчастного случая";

**PI** - "Страхование на случай постоянной нетрудоспособности в результате несчастного случая".

#### 2.2. Пакет "ЗАЩИТА плюс"

**Программа страхования основных рисков:**

**TERM** - "Страхование на случай смерти на определенный срок или до определенного возраста".

**Программы страхования дополнительных рисков:**

**AD** - "Страхование на случай смерти в результате несчастного случая";

**PI** - "Страхование на случай постоянной нетрудоспособности в результате несчастного случая".

#### 2.3. Пакет "ЗАЩИТА экстра"

**Программа страхования основных рисков:**

**TERM** - "Страхование на случай смерти на определенный срок или до определенного возраста".

**Программы страхования дополнительных рисков:**

**AD** - "Страхование на случай смерти в результате несчастного случая";

**AD Traffic** - "Страхование на случай смерти в результате несчастного случая **на транспорте**";

**PI** - "Страхование на случай постоянной нетрудоспособности в результате несчастного случая";

**PI Traffic** - "Страхование на случай постоянной нетрудоспособности в результате несчастного случая **на транспорте**".

\* "Несчастный случай на транспорте" - не вызванное Застрахованным Лицом намеренно внезапное событие на автомобильном, железнодорожном, морском, речном или авиационном транспорте, которое произошло во время перевозки Застрахованного Лица автомобилем (в качестве пассажира или водителя), на поезде, корабле или регулярных пассажирских авиалиниях, независимо от того, во время движения или не во время движения, включая посадку и высадку, взлёт и посадку, в процессе которого смерть или телесное повреждение Застрахованного Лица произошли в прямой связи с использованием этого транспорта. При этом такое транспортное средство должно быть зарегистрировано и официально допущено к пассажирским перевозкам согласно законодательству. Несчастным случаем на транспорте также являются телесные повреждения или смерть Застрахованного Лица вследствие удара транспортным средством. Несчастный случай на транспорте не считается случаем, который произошел в прямой связи с использованием этого транспорта, и соответственно не считается страховым случаем, если такой случай произошел вследствие террористического акта, намеренных действий, направленных на наступление несчастного случая, стихийного бедствия, использования транспортного средства в спортивных целях, другие затруднения продвижения, причина которых не относится к транспорту.

### 3. Период страхования

- на срок 10 лет.

### 4. Максимальный период действия программ страхования

- **TERM, AD, AD Traffic, PI, PI Traffic** - до окончания действия периода страхования.

## 5. Вступительный возраст

- Минимальный вступительный возраст - **18 лет**.
- Максимальный вступительный возраст - **55 лет**.

## 6. Размер Страховой Премии и Страховой Суммы

Пакет "ЗАЩИТА"	Фиксированная Страховая Сумма, грн.	Фиксированная Страховая премия, грн./год (муж.)	Фиксированная Страховая премия, грн./год (жен.)
<i>TERM</i>	<b>3 000 грн.</b>	<b>1 656 грн.</b>	<b>1 605 грн.</b>
<i>AD</i>	<b>200 000 грн.</b>		
<i>PI</i>	<b>200 000 грн.</b>		

Пакет "ЗАЩИТА плюс"	Фиксированная Страховая Сумма, грн.	Фиксированная Страховая премия, грн./год (муж.)	Фиксированная Страховая премия, грн./год (жен.)
<i>TERM</i>	<b>3 000 грн.</b>	<b>2 035 грн.</b>	<b>1 984 грн.</b>
<i>AD</i>	<b>200 000 грн.</b>		
<i>PI</i>	<b>300 000 грн.</b>		

Пакет "ЗАЩИТА экстра"	Фиксированная Страховая Сумма, грн.	Фиксированная Страховая премия, грн./год (муж.)	Фиксированная Страховая премия, грн./год (жен.)
<i>TERM</i>	<b>3 000 грн.</b>	<b>2 509 грн.</b>	<b>2 458 грн.</b>
<i>AD</i>	<b>200 000 грн.</b>		
<i>AD Traffic</i>	<b>100 000 грн.</b>		
<i>PI</i>	<b>300 000 грн.</b>		
<i>PI Traffic</i>	<b>150 000 грн.</b>		

## 7. Страховое событие и страховая выплата

### 7.1. Пакет "ЗАЩИТА"

#### 7.1.1. Смерть Застрахованного Лица в результате болезни:

- Выплата Страховой Суммы в размере **3 000 грн.** по программе страхования основных рисков **TERM**

#### 7.1.2. Смерть Застрахованного Лица в результате несчастного случая:

- Выплата Страховой Суммы в размере **3 000 грн.** по программе страхования основных рисков **TERM**
- ПЛЮС выплата Страховой Суммы в размере **200 000 грн.** по программе страхования дополнительных рисков **AD**
- ИТОГО = 203 000 грн.**

#### 7.1.3. Постоянная нетрудоспособность Застрахованного Лица в результате несчастного случая:

- Выплата от 3% до 100% от Страховой Суммы **200 000 грн.** по программе страхования дополнительных рисков **PI**.

## 7.2. Пакет "ЗАЩИТА плюс"

### 7.2.1. **Смерть Застрахованного Лица в результате болезни:**

- Выплата Страховой Суммы в размере **3 000 грн.** по программе страхования основных рисков **TERM**

### 7.2.2. **Смерть Застрахованного Лица в результате несчастного случая:**

- Выплата Страховой Суммы в размере **3 000 грн.** по программе страхования основных рисков **TERM**
- ПЛЮС выплата Страховой Суммы в размере **200 000 грн.** по программе страхования дополнительных рисков **AD**  
**ИТОГО = 203 000 грн.**

### 7.2.3. **Постоянная нетрудоспособность Застрахованного Лица в результате несчастного случая:**

- Выплата от 3% до 100% от Страховой Суммы **300 000 грн.** по программе страхования дополнительных рисков **PI**.

## 7.3. Пакет "ЗАЩИТА экстра"

### 7.3.1. **Смерть Застрахованного Лица в результате болезни:**

- Выплата Страховой Суммы в размере **3 000 грн.** по программе страхования основных рисков **TERM**

### 7.3.2. **Смерть Застрахованного Лица в результате несчастного случая (кроме транспорта):**

- Выплата Страховой Суммы в размере **3 000 грн.** по программе страхования основных рисков **TERM**
- ПЛЮС выплата Страховой Суммы в размере **200 000 грн.** по программе страхования дополнительных рисков **AD**  
**ИТОГО = 203 000 грн.**

### 7.3.3. **Смерть Застрахованного Лица в результате несчастного случая на транспорте:**

- Выплата Страховой Суммы в размере **3 000 грн.** по программе страхования основных рисков **TERM**
- ПЛЮС выплата Страховой Суммы в размере **200 000 грн.** по программе страхования дополнительных рисков **AD**
- ПЛЮС выплата Страховой Суммы в размере **100 000 грн.** по программе страхования дополнительных рисков **AD Traffic**  
**ИТОГО = 303 000 грн.**

### 7.3.4. **Постоянная нетрудоспособность Застрахованного Лица в результате несчастного случая (кроме транспорта):**

- Выплата от 3% до 100% от Страховой Суммы **300 000 грн.** по программе страхования дополнительных рисков **PI**.

### 7.3.5. **Постоянная нетрудоспособность Застрахованного Лица в результате несчастного случая на транспорте:**

- Выплата от 3% до 100% от Страховой Суммы **300 000 грн.** по программе страхования дополнительных рисков **PI**.
- ПЛЮС выплата от 3% до 100% от Страховой Суммы в размере **150 000 грн.** по программе страхования дополнительных рисков **PI Traffic**.

## 8. Способы страховых выплат

- Единовременная страховая выплата
- Выплата страховой суммы частями в определенные сроки
- Выплата страховой суммы определенными частями
- Выплата в форме пожизненного аннуитета
- Выплата в форме пожизненного аннуитета, гарантированного на определенный срок
- Выплата в форме пожизненного аннуитета, который может быть передан Выгодопреобритателю в размере 60%.

## 9. Правила медицинского андеррайтинга для пакетов "ЗАЩИТА", "ЗАЩИТА плюс", "ЗАЩИТА экстра"

**Основным преимуществом Пакетов ЗАЩИТА, ЗАЩИТА плюс ЗАЩИТА экстра является отсутствие необходимости проходить медицинское обследование по форме МХ.**

**Внимание!** Если Вами в процессе оформления Заявления по данному Пакету страховых программ выясняется, что у заявленного Застрахованного Лица и/или Страхователя уже есть действующие Договора с Компанией ALICO, то **в такой ситуации может возникнуть необходимость в прохождении обследования МХ.** Объем медицинского обследования в таких случаях определяется, исходя из возраста, рассчитанной страховой суммы, а также учитывая страховые суммы по программам, которые покрывают риск смерти, по всем действующим Договорам Клиента (включая индексацию и т.д.). Это - полномочия Отдела Обслуживания Клиентов.

При оценке страхового риска по Заявлению специалистами главного офиса Страховщика, в зависимости от состояния здоровья заявленного Застрахованного Лица и/или Страхователя, или при рассмотрении полученных результатов МХ, может потребоваться прохождение дополнительного медицинского обследования по форме **APS**.

**APS** - это форма медицинского заключения, которая должна быть выдана лечащим врачом заявленного Застрахованного Лица/Страхователя в ответ на соответствующий письменный запрос от Страховщика, направляемый на адрес корреспонденции, указанный в Заявлении, в случае наличия у заявленного Застрахованного Лица/Страхователя каких либо хронических или других конкретных заболеваний.

## 10. Расчет единиц

Обращаем Ваше внимание на то, что при **расчете единиц** по Договору обязательно необходимо учитывать, что сумма Страховой премии включает 55 грн. административных расходов. Поэтому для корректного определения количества единиц из суммы оплаченной Страхователем премии всегда необходимо вычитать 55 грн.

Например, основой для расчета единиц по пакету "ЗАЩИТА экстра" будет 2 454 грн. (т.е. 2 509 -55 грн.)

**ОБРАЗЕЦ ЗАПОЛНЕНИЯ БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ  
НА ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

Дирекція та Консультант № .....

П.І.Б. Консультанта .....

Одиниці загалом .....


**ЗАЯВА НА УКЛАДАННЯ  
ДОГОВОРУ ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ  
(НАДАЛИ «ЗАЯВА»)**


Заповнювати кульовою ручкою, друкованими літерами, акуратно та розбірливо. Не використовувати коректор. Не виправляти поверх написаного: помилково вказані дані необхідно закреслити, нові - написати поруч та завірвати датою виправлення і підписами заявленого Страхувальника та Консультанта. Незаповнені рядки та клітинки повинні бути прокреслені.

№ Договору страхування .....

№ Заяви .....

**60 000001**

ДЛЯ СТРАХОВОЇ КОМПАНІЇ

**1. ЗАЯВЛЕНА ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА (Застрахована Особа)**

Ідентифікаційний номер:

**2 5 8 3 6 9 7 0 1 4**

 Прізвище: **Петров** Ім'я: **Іван** По батькові: **Іванович**  
 Паспорт: серія **СК** № **085458** Ким і коли виданий: **Трпінським МВТУ МВС України, 01/02/1995**  
 Сімейний стан: **одружений** Дівоче прізвище: \_\_\_\_\_ Вік: **30** Стать:  чоловіча  
 Дата і місце (місто та країна) народження: **01/01/1979, м. Трпінь, Київська обл., Україна**  жіноча  
 Адреса місця проживання (вулиця, будинок, квартира, місто, район, область): **м. Київ, пр-т Тригоренка, 1-А, кв. 23**  
 Поштовий індекс: **02068** Дом. тел.: **(044) 572-12-12** Моб. тел.: **(067) 999-22-23** E-mail: **Petro@mail.ru**  
 Місце роботи: **приватна медична клініка "Соломон"** Посада: **хірург**  
 Службові обов'язки: **прийм. та обстеження пацієнтів, оперування хворих**  
 Адреса роботи: **м. Київ, 8-й Лесі Українки, 45**  
 Поштовий індекс: **01039** Тел.: **(044) 490-45-09**
**2. ЗАЯВЛЕНИЙ СТРАХУВАЛЬНИК**

(заповнюється, якщо заявлена Застрахована Особа та заявлений Страхувальник різні особи; у випадку організації - вказати уповноважену особу, назву, місцезнаходження, замість паспорту - реквізити організації)

**та сама особа**

 Прізвище: \_\_\_\_\_ Ім'я: \_\_\_\_\_ По батькові: \_\_\_\_\_  
 (Уповноважена особа організації)  
 Відношення до заявленої Застрахованої Особи: \_\_\_\_\_ Ідентифікаційний номер/ код ЄДРПОУ: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
 Сімейний стан: \_\_\_\_\_ Дівоче прізвище: \_\_\_\_\_ Вік: \_\_\_\_\_ Стать:  чоловіча  
 Дата і місце (місто та країна) народження: \_\_\_\_\_  жіноча  
 Паспорт: серія № \_\_\_\_\_ Ким та коли виданий: \_\_\_\_\_  
 (Реквізити організації)  
 Адреса місця проживання (вулиця, будинок, квартира, місто, район, область): \_\_\_\_\_  
 (Місцезнаходження організації)  
 Поштовий індекс: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Дом. тел.: \_\_\_\_\_ Моб. тел.: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
 Місце роботи: \_\_\_\_\_ Посада: \_\_\_\_\_  
 (Назва організації)  
 Службові обов'язки: \_\_\_\_\_  
 (Функції уповноваженої особи)  
 Адреса роботи: \_\_\_\_\_  
 Поштовий індекс: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Тел.: \_\_\_\_\_

 Кореспонденцію надсилати за адресою: **ЗАЯВЛЕНОЇ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ**  **ЗАЯВЛЕНОГО СТРАХУВАЛЬНИКА**  за іншою адресою: \_\_\_\_\_  
 (оберіть один з наведених варіантів):  місця проживання  місця проживання  
 місця роботи  місця роботи

**3. СТРАХУВАННЯ Назва пакету страхових програм Захист Екстра Строк страхування - на/до... **10**...років. Категорія ризику:  II.**
**3.1. Програма страхування основних ризиків** (повні назви програм страхування основних та додаткових ризиків наведені на сторінці 2 Заяви, визначення та перелік страхових випадків подані у відповідних додатках до Правил добровільного страхування життя ЗАТ «Американська Компанія Страхування Життя АІГ Життя», що є невід'ємною частиною цієї Заяви)

	Страхова сума, грн. Застрахована Особа	Страхова сума, грн. Страхувальник	Страхова премія, грн.
<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> PE <input checked="" type="checkbox"/> TERM <input type="checkbox"/> PEAD <input type="checkbox"/> WL <input type="checkbox"/> AE... <input type="checkbox"/> ...	<b>3 000</b>		<b>140</b>
<b>3.2. Програма страхування додаткових ризиків</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> AD - смерть внаслідок нещасного випадку або <input type="checkbox"/> AD-ob - Смерть внаслідок нещасного випадку та сирітство	<b>200 000</b>		<b>757</b>
<input checked="" type="checkbox"/> PI - постійна непрацездатність внаслідок нещасного випадку	<b>300 000</b>		<b>1 138</b>
<input checked="" type="checkbox"/> AD Traffic - смерть внаслідок нещасного випадку на транспорті	<b>100 000</b>		<b>189</b>
<input checked="" type="checkbox"/> PI Traffic - постійна непрацездатність внаслідок нещасного випадку на транспорті	<b>150 000</b>		<b>285</b>
<input type="checkbox"/> ADD - смерть внаслідок нещасного випадку			
<input type="checkbox"/> ADD - каліцтво або постійна та повна непрацездатність внаслідок нещасного випадку			
<input type="checkbox"/> W - постійна та повна непрацездатність Страхувальника			
<input type="checkbox"/> CPA - смерть або постійна та повна непрацездатність Страхувальника			
<input type="checkbox"/> TR - смерть			
<input type="checkbox"/> H/S/C-a - госпіталізація внаслідок нещасного випадку			
<input type="checkbox"/> H/S/C-a - хірургічне втручання внаслідок нещасного випадку			
<input type="checkbox"/> H/S/C-a - одужання після госпіталізації внаслідок нещасного випадку			
<input type="checkbox"/> H/S/C-as - госпіталізація внаслідок нещасного випадку або хвороби			
<input type="checkbox"/> H/S/C-as - хірургічне втручання внаслідок нещасного випадку або хвороби			
<input type="checkbox"/> H/S/C-as - одужання після госпіталізації внаслідок нещасного випадку або хвороби			
<input type="checkbox"/> CI - критичні захворювання: 1 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 32 <input type="checkbox"/> тип страхового тарифу на 1 рік <input type="checkbox"/> на 5 років <input type="checkbox"/> на 10 років <input type="checkbox"/> до 65 років <input type="checkbox"/>			

 Попередньо розрахована річна страхова премія загалом: **2 509** грн.

**3.3.**  SP - одноразова страхова премія;  A - річна страхова премія; \_\_\_\_\_  
 Загальна страхова премія, що підлягає перерахуванню на поточний рахунок Страховика, залежно від обраної форми її сплати складає: **2 509** грн.

 W - індексація програм страхування основних та додаткових ризиків  AD - автоматичне надання кредиту для сплати страхових премій  ...

 Form B/2009-Tr **Поля не заповнюйте (тільки для внутрішнього користування)!**  
 Продукт: \_\_\_\_\_ Введення в систему: \_\_\_\_\_ Надходження премії: \_\_\_\_\_ Дата початку: \_\_\_\_\_ Винятки: \_\_\_\_\_

**4. ІНФОРМАЦІЯ ЩОДО ЗАЯВЛЕНОЇ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ/ЗАЯВЛЕНОГО СТРАХУВАЛЬНИКА**

<b>4.1</b>	<b>Заявлена Застрахована Особа</b>	<b>Заявлений Страховальник</b>
a)	Зріст (см) <u>195</u> Вага (кг) <u>85</u>	Зріст (см) _____ Вага (кг) _____
b)	Ви лівша? <input type="checkbox"/> так <input checked="" type="checkbox"/> ні	Ви лівша? <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні
b)	Вкажіть середню кількість цигарок, сигар або інших тютюнових виробів, які Ви споживаєте зараз або споживали протягом останніх 24 місяців <u>на день?</u> ..... <u>10</u> шт.	Вкажіть середню кількість цигарок, сигар або інших тютюнових виробів, які Ви споживаєте зараз або споживали протягом останніх 24 місяців <u>на день?</u> ..... шт.
г)	Чи вживаєте алкогольні напої? <input checked="" type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні Вкажіть: кількість на тиждень (л)..... <u>0,33</u> , та вид..... <u>нікво</u>	Чи вживаєте алкогольні напої? <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні Вкажіть: кількість на тиждень (л)..... та вид.....
д)	Вкажіть Ваш сукупний дохід..... <u>7 000</u> грн. на місяць та чистий дохід..... <u>5 500</u> грн. на місяць	Вкажіть Ваш сукупний дохід..... грн. на місяць та чистий дохід..... грн. на місяць
е)	Дійсні Договори страхування з ЗАТ «Американська Компанія Страхування Життя АЛІКО АІГ Життя»: Страховий Поліс № _____	Дійсні Договори страхування з ЗАТ «Американська Компанія Страхування Життя АЛІКО АІГ Життя»: Страховий Поліс № _____

**Надалі я - заявлена Застрахована Особа / Заявлений Страховальник – заявляю, що:**

**4.2** Я не вживаю та ніколи не вживав ніяких наркотичних, психотропних або інших речовин, що викликають залежність.

**4.3** Я не постраждав від нещасних випадків, не переніс жодної хірургічної операції та/або не був госпіталізований.  
Протягом останніх п'яти років мене не було направлено на обстеження та/або лікування до будь-яких спеціалізованих медичних закладів.  
Я не лікувався та/або не обстежувався з приводу алкогольної та/або наркотичної залежності, психічних або нервових розладів, онкологічних захворювань, захворювань серця та/або судин, діабету, інсульту, паралічу, захворювань сечовивідних шляхів, хронічних захворювань нирок, печінки, легень та/або органів дихання, шлунково-кишкового тракту, або з приводу інших загострень хронічних захворювань, захворювань щитовидної залози та/або розладів ендокринної системи, захворювань репродуктивної системи, захворювань очей та/або порушень зору, захворювань носу, вух, горла.  
Я ніколи не був поінформований, що маю, не лікують та ніколи не був направлений на лікування СНІДу або хвороб, пов'язаних зі СНІДом, та ніколи не мав позитивного результату аналізу крові на антитіла до вірусу СНІД (ВІЛ).

**4.4** На момент підписання цієї Заяви я не проходжу ніяких обстежень, мені не призначено жодних діагностичних процедур, хірургічних втручань, я не лікуюсь зараз та не маю жодних показань для госпіталізації.

**4.5** На момент підписання цієї Заяви я:  
- не є непрацездатним та мені ніколи не було встановлено інвалідність,  
- не є у відпустці по догляду за малолітньою дитиною та не мала жодних ускладнень під час пологів,  
- не є вагітною.

**4.6** Ніхто з моїх близьких родичів (батько, мати, брат, сестра, син, дочка) не мав та не має спадкових захворювань, вроджених вад розвитку, онкологічних захворювань, психічних розладів, захворювань серця, нирок, печінки, підшлункової залози, органів дихальної системи, не хворів та не хворіє на СНІД або хвороби, пов'язані зі СНІДом, та ніколи не мав позитивного результату аналізу крові на антитіла до вірусу СНІД (ВІЛ).

**4.7** Я займаюся спортом не більше 2-х разів на тиждень та роблю це виключно з оздоровочною метою.  
Я не є дійсним/зареєстрованим членом будь-якої спортивної команди.  
Я не беру участі, не планую та не маю намірів взяти участь у будь-якому виді перегонів, займатися підводним плаванням, веслуванням на каное/байдарках, альпінізмом, мотоциклетним, гірськолижним, вітрильним, парашутним спортом або будь-яким іншим небезпечним видом спорту.  
Здійснення моїх безпосередніх службових обов'язків не передбачає залучення до небезпечних видів діяльності.  
Я не беру участі в обслуговуванні польотів або у безпосередньому керуванні літаком або будь-яким іншим літальним апаратом.

**4.8** Я не планую подорожувати та/або проживати у політично нестабільних регіонах

**4.9 Чи погоджуєтесь Ви з усіма пунктами блоку 4 «ІНФОРМАЦІЯ ЩОДО ЗАЯВЛЕНОЇ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ / ЗАЯВЛЕНОГО СТРАХУВАЛЬНИКА»?**

ТАК  НІ

**Я не погоджуюсь лише з такими пунктами блоку 4 «ІНФОРМАЦІЯ ЩОДО ЗАЯВЛЕНОЇ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ / ЗАЯВЛЕНОГО СТРАХУВАЛЬНИКА», надаю наступну додаткову інформацію та медичні висновки:**  
**Увага! Обов'язково зазначте пункт анкети та вкажіть особу, щодо якої наводиться додаткова інформація**  
В разі такої необхідності скористайтесь додатковим аркушем, завірте його власним підписом, зазначте дату підписання та додайте до Заяви

*Страховальник: щодо п. 4, 3 - щорічна диспансеризація. Останній огляд - грудень, 2007 рік.  
Висновок - здоровий, рентген г/к - без патологій, аналіз крові на СНІД - негативний*

**5. ВИГОДОНАБУВАЧІ**

У випадку, якщо Вигодонабувачем на момент здійснення страхових виплат є малолітня особа, всі виплати за програмами страхування, зазначеними у п. 3 Заяви, доручаю здійснити:

за законом опікунові або піклувальникові на користь малолітньої або неповнолітньої особи

на рахунок банку, відкритий законним опікуном або піклувальником, на ім'я малолітньої дитини або неповнолітньої особи

Прізвище, ім'я, по батькові	Серія та номер паспорту	Дата народження	Ідентифікаційний номер	Ступінь споріднення із Застрахованою Особою	Адреса	Частка із виплати
<i>Петрова О. М.</i>	<i>МЕ 169834</i>	<i>20/06/1980</i>	<i>9874563210</i>	<i>дружина</i>	<i>м. Київ, пр. Тимирязевська 1-А, кв. 23</i>	<i>100%</i>

У випадку смерті Застрахованої Особи всю суму страхової виплати буде сплачено Вигодонабувачам, які будуть живими на момент смерті Застрахованої Особи. Частка Вигодонабувача, який не буде живим на момент смерті Застрахованої Особи, буде розподілена між живими Вигодонабувачами пропорційно часткам, зазначеним для кожного з них, або порівну, якщо частки із виплати не були вказані. Якщо на момент смерті Застрахованої Особи жоден з Вигодонабувачів не буде живим (або Вигодонабувачі не зазначені), страхову виплату буде здійснено у відповідності з чинним законодавством України.

**6. УМОВИ ПОЧАТКУ НАДАННЯ СТРАХОВИХ ПОСЛУГ**

- 6.1. Страхові послуги надаються ЗАТ «АЛІКО АІГ Життя», надалі – Страховик, (програми починають діяти) тільки у випадку виконання всіх наступних умов:
- 6.1.1. підписання Заяви всіма сторонами та наявності всіх документів, необхідних для укладання Договору Добровільного Страхування Життя, надалі - Договір Страхування;
  - 6.1.2. відповідності Застрахованої Особи вимогам Страховика щодо можливості страхування;
  - 6.1.3. проходження заявленою Застрахованою Особою/заявленим Страховальником медичного огляду на вимогу Страховика;
  - 6.1.4. попередньої оплати на поточний рахунок Страховика в повному обсязі суми, зазначеної в п. 3.3 Заяви, та її одержання Страховиком.
- 6.2. Договір Страхування набуває чинності, та фактичне надання страхових послуг Страховиком починається (програми починають діяти) в разі виконання умов п. 9.2 Правил (п. 6.1 Заяви) добровільного страхування життя ЗАТ «Американська Компанія Страхування Життя АІГ Життя», надалі - Правила, та за умови, що стан здоров'я Застрахованої Особи не змінився з моменту підписання Заяви, з дати настання події, що відбулася пізніше:
- 6.2.1. підписання Заяви останньою зі сторін; або
  - 6.2.2. проходження медичного огляду згідно з вимогами Страховика.

**7. НАЗВИ ПРОГРАМ СТРАХУВАННЯ ОСНОВНИХ ТА ДОДАТКОВИХ РИЗИКІВ**

- E** Страхування на випадок смерті або дожиття.
- AE** Страхування на випадок смерті або дожиття із здійсненням Страхових Виплат указаними сторонами.
- PE** Страхування на випадок дожиття до певного віку або на певний строк (за умови сплати одноразової страхової премії за цією програмою).
- PEAD** Страхування на випадок дожиття до певного віку або на певний строк.
- WL** Страхування на випадок смерті або дожиття до 100 років (довічне страхування).
- TERM** Страхування на випадок смерті на певний строк або до певного віку.
- AD** Страхування на випадок смерті внаслідок нещасного випадку.
- PI** Страхування на випадок постійної непрацездатності внаслідок нещасного випадку.
- ADTraffic** Страхування на випадок смерті внаслідок нещасного випадку на транспорті
- PITraffic** Страхування на випадок постійної непрацездатності внаслідок нещасного випадку на транспорті
- TR** Страхування на випадок смерті на строк із виплатою додаткової Страхової Суми.
- Form B/2009-TR**
- CI** Страхування на випадок критичного захворювання.
- ADD** Страхування на випадок смерті/каліцтва/постійної та повної непрацездатності внаслідок нещасного випадку.
- W** Страхування на випадок постійної та повної непрацездатності Страховальника (звільнення Страховальника від сплати страхових премій на час непрацездатності).
- CPA** Страхування на випадок смерті або постійної та повної непрацездатності Страховальника (звільнення від сплати страхових премій).
- H/S/C-a** Страхування на випадок хірургічного втручання та/або госпіталізації внаслідок нещасного випадку.
- H/S/C-as** Страхування на випадок хірургічного втручання та/або госпіталізації внаслідок нещасного випадку або через хворобу.
- AD-ob** Страхування на випадок смерті внаслідок нещасного випадку з виплатою додаткових Страхової суми у випадку сирітства

11.06.2009

**8. ІНФОРМАЦІЯ ДЛЯ ЗАЯВЛЕНОЇ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ ТА/АБО ЗАЯВЛЕНОГО СТРАХУВАЛЬНИКА**

- 8.1. Ця Заява разом із Страхувальним Полісом, Правилами, Програмами страхування основних та додаткових ризиків, додатками, додатковими угодами, платіжними документами, що підтверджують сплату страхових премій у повному обсязі, заявками, медичними документами щодо стану здоров'я заявленої Застрахованої Особи та заявленого Страхувальника або іншими документами (якщо вони вимагаються Страховиком) є складовими частинами Договору Страхування. Правила наведені на зворотному боці цієї Заяви.
- 8.2. Обов'язково збережіть Вашу копію Заяви.
- 8.3. У випадку, якщо протягом 90 (дев'яносто) календарних днів Ви не отримаете інформацію щодо випуску Страхового Поліса, зверніться, будь ласка, до свого Консультанта або до Головного офісу Страховика. Звертаємо Вашу увагу, що оригінал Страхового Полісу є бланком суворої звітності з унікальним порядковим номером, який знаходиться у лівому нижньому куті. Бланк Страхового Поліса також захищений мікрошрифтом, який нанесено у верхньому правому куті нижче адреси Страховика, і містить підпис уповноваженої особи, який завершений печаткою Страховика.
- 8.4. Страхувальник має право до або протягом 14 (чотирнадцяти) календарних днів з дати отримання Страхового Полісу відмовитись від укладання Договору Страхування. Така відмова оформлюється письмовим повідомленням, яке Страхувальник зобов'язаний подати особисто або надіслати поштою на адресу Страховика до закінчення вказаного 14-тиденного строку. Будь-які письмові звернення стосовно відмови від укладання Договору Страхування або розірвання Договору Страхування, отримані Страховиком після закінчення зазначеного 14-тиденного строку, кваліфікуються як дострокове припинення дії Договору Страхування з ініціативи Страхувальника та регулюються відповідними положеннями Правил.

**9. ДЕКЛАРАЦІЯ**

- 9.1. Я, виступаючи заявленим Страхувальником, прошу Страховика укласти Договір Страхування. Я та заявлена Застрахована Особа заявляємо, що всі дані у цій Заяві зазначено правдиво і добровільно. Усвідомлюємо, що всі дані у цій Заяві мають істотне значення для оцінки страхового ризику, тому згідно із Законом «Про Страхування» подання неправдивих відомостей в цій Заяві є підставою для відмови Страховика у здійсненні страхових виплат. Заява заповнена мною власноруч або з моїх слів вірно.
- 9.2. Я та заявлена Застрахована Особа заявляємо, що не маємо інших захворювань, крім тих, що наведені в цій Заяві.
- 9.3. Підписанням цієї Заяви надаємо Страховику право звертатись та отримувати будь-яку інформацію про особу заявленого Страхувальника/заявленої Застрахованої Особи та про стан здоров'я заявленого Страхувальника/заявленої Застрахованої Особи, включаючи, але не обмежуючись інформацією щодо перенесених захворювань, перебування в лікарні/медичному закладі/установі, щодо лікувальних або діагностичних процедур, необхідних для оцінки страхового ризику та визначення обставин або наслідків подій, що може бути визнана страховим випадком. Цим також уповноважуємо медичні установи та заклади, органи державної влади, заклади судово-медичної експертизи, страхові компанії, інші юридичні або фізичні особи, які володіють такою інформацією, надавати таку інформацію Страховику. Копія такого уповноваження має таку саму чинність, як оригінал.
- 9.4. Погоджуємося з тим, що будь-які дані, вказані у цій Заяві, враховуючи будь-які інші заяви, адресовані у письмовій формі Страховику або медичній установі (закладу), уповноважений Страховиком проводити медичне обстеження, є складовою частиною Договору Страхування. Надаю свою згоду на те, що в процесі опрацювання моїх особистих даних Страховик може надсилати всі дані до компанії, що входить до складу групи компаній AIG або що є компаніями-партнерами Страховика та групи компаній AIG або перестраховиком.
- 9.5. Я розумію і погоджуюсь з тим, що на підставі оцінки ризиків на основі даних, наведених у цій Заяві, Договір Страхування може бути укладений на умовах, які відрізняються від тих, що викладені мною в цій Заяві, а саме: без надання страхового покриття за окремими програмами страхування додаткових ризиків, які вказані мною в цій Заяві, та/або із зміною розміру страхової суми, зазначеної у цій Заяві, в межах +/-15% внаслідок оцінки ризиків на основі даних, наведених у цій Заяві, та можливими коливаннями страхової премії в межах +/- 10 грн. від вказаної у цій Заяві. Зміна страхової суми в зазначених межах, а також понад 15% у сторону збільшення не потребує додаткового погодження. Я погоджуюсь з тим, що розмір страхової суми та страхової премії буде остаточно зазначено у Страховому Полісі.
- 9.6. У випадку відкликання Заяви до дати випуску Страхового Полісу або відмови від Страхового Полісу з мого боку у строк, зазначений у п. 8.4 Заяви, всі можливі витрати, які пов'язані з оцінкою ризику, тобто витрати на медичну інформацію та медичне обстеження, а також нормативні витрати на ведення справи беру на себе у повному обсязі та погоджуюсь з їх вирахуванням Страховиком.
- 9.7. Погоджуюсь із тим, що в разі дострокового припинення дії Договору Страхування з ініціативи заявленого Страхувальника протягом строку, зазначеного в п. 8.4 Заяви, окрім витрат, наведених в п. 9.6 Заяви, додатково із суми сплаченої першої страхової премії буде також вирахована страхова премія за період фактичної дії програм страхування (з початку дії програм страхування, зазначених у Страховому Полісі до дати отримання Головним офісом Страховика відповідного письмового звернення).
- 9.8. Заявляю, що цим уповноважую Страховика інвестувати суму відповідного математичного резерву та погоджуюсь з розміром Негарантованого Бонусу, отриманого в результаті такого інвестування.
- 9.9. Беру до відома, що Страховик має право призупиняти або не застосовувати індексацию по відношенню до всіх або окремих діючих Договорів Страхування.
- 9.10. Чесно заявляю, що фінансові кошти, використані для сплати страхового внеску, не є прибутком від кримінальної діяльності і усвідомлюю свій обов'язок дотримуватися чинного законодавства про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом.

**Виступаючи заявленим Страхувальником за даною Заявою, підтверджую, що на момент підписання цієї Заяви:**

а) я та заявлена Застрахована Особа є резидентами України,

б) одночасно я, заявлена Застрахована Особа та визначені Вигодонабувачі Є / НЕ Є (підкресліть потрібне) громадянами США - платниками податків.

У випадку зміни мого громадянства, громадянства заявленої Застрахованої Особи або Вигодонабувачів зобов'язуюсь повідомити про це Страховика протягом 30 днів. Подання недостовірної інформації про громадянина США - платника податків переслідується законом США.

Ідентифікаційний номер заявленої Застрахованої Особи/заявленого Страхувальника - платника податків США .....  
Ідентифікаційний номер Вигодонабувача - платника податків США .....

- 9.11. Я, який німе підписався заявленим Страхувальник, цим заявляю, що мені відомі Правила, програми страхування основних та додаткових ризиків, я їх отримав(ла) разом з примірником цієї Заяви, зрозумів(ла) та погоджуюсь з ними.
- 9.12. Кредитний Договір (невід'ємна частина договору страхування)
- Підписуючи дану Заяву, я як заявлений Страхувальник, прошу ЗАТ "АЛІКО АІГ Життя" виступити Кредитодавцем та надати мені кредит шляхом відновлювальної кредитної лінії у межах викупоної суми за Договором Страхування, укладеним на підставі цієї Заяви, та під заставу цієї викупоної суми на умовах Правил добровільного страхування життя, а також на наступних умовах:

Валюта кредиту: грн.	Розмір кредитного ліміту дорівнює розміру викупоної суми за Договором Страхування	Позичальник: Страхувальник
Строк дії кредитного ліміту починається з третьої ринчної дії та надання страхових послуг за Договором Страхування за умови наявності в Страховому Полісі або додатках до нього інформації щодо прийняття Кредитодавцем пропозиції укласти кредитний договір та закінчується датою припинення дії Договору Страхування. У разі неповнення кредиту Позичальником протягом дії Договору Страхування, в разі припинення дії Договору Страхування або в разі настання страхового випадку, для кредитного договору приймається Страховик має право зменшити розмір страхової виплати або викупоної суми на будь-які суми, належні згідно з умовами цього кредитного договору Страховику.		
Відсоткова ставка за користування кредитом: 20 (двадцять) % річних	Цільове використання кредиту: сплата чергової страхової премії за Договором страхування	
Термін сплати відсотків настає у кожну річницю дати набрання чинності Договором Страхування.		

Позичальник зобов'язується повністю повернути кредит та сплатити відсотки не пізніше закінчення строку дії кредитного ліміту, шляхом перерахування відповідних сум на рахунок Страховика та надсилання відповідного повідомлення на адресу Кредитодавця. Позичальник може нести відповідальність за несвоєчасну сплату відсотків за користування кредитом, а Кредитодавець несе відповідальність за несвоєчасне перерахування кредиту у вигляді пені у розмірі 0,00001% від простроченої суми за кожен календарний день прострочення. Позичальник доручає Кредитодавцю у разі, якщо чергова страхова премія не сплачена протягом Пільгового періоду, встановленого умовами Договору Страхування, в перший день за днем закінчення Пільгового періоду спрямувати кредитні кошти на сплату чергової страхової премії за договором страхування, укладеним на підставі Заяви. Страховик може змінити відсоткову ставку за використання кредиту на сплату страхової премії без додаткового узгодження сторін шляхом письмового повідомлення Позичальника про такі зміни. Сума кредиту та процентів за користування кредитом разом з будь-якими іншими сумами, що належать до сплати на користь Кредитодавця, складають повну заборгованість Позичальника перед Кредитодавцем. Позичальник має право відмовитися від одержання кредиту, повідомивши про це Кредитодавця письмово не пізніше закінчення Пільгового періоду.

- 9.13. Виступаючи заявленим Страхувальником, я також заявляю, що не маю претензій до Консультанта, який надав мені повну та компетентну інформацію щодо існуючих програм страхування життя Страховика відповідно до моїх власних потреб та продуктів страхування життя, які пропонуються в даний час на ринку.
- 9.14. Надаю право Страховику надсилати на адресу для кореспонденції, вказану в Заяві, друковані матеріали інформативного та рекламного змісту, а також пропозиції щодо розширення страхового покриття, придбання програм страхування Страховика та рахунки на сплату додаткової страхової премії за такими програмами. Сплата мною рахунку означає отримання пропозиції Страховика, її розуміння, повне і безумовне прийняття такої пропозиції.
- 9.15. Погоджуюсь з тим, що Страховик буде надсилати на вказану в Заяві адресу для кореспонденції друковані матеріали інформативного та рекламного змісту з пропозиціями від компаній-партнерів Страховика, які можуть становити для мене інтерес та даю свою згоду про надання мого ім'я, адреси партнерам Страховика, які можуть надсилати на вказану в Заяві адресу для кореспонденції друковані матеріали інформативного та рекламного змісту з пропозиціями.
- 9.16. Даю свою згоду на факсимільне відтворення підпису уповноваженої особи Страховика на Страховому Полісі, та всіх додатках до нього, які становлять його невід'ємну частину, що видається заявленому Страхувальнику. Зразок відповідного аналогу власноручного підпису уповноваженої особи Страховика подано нижче.\*

\* згідно Цивільного Кодексу України

**ЗМІСТ ПИТАНЬ, ВИКЛАДЕНИХ В ЦІЙ ЗАЯВІ, Є ДЛЯ МЕНЕ ЗРОЗУМЛИМ, НАСЛІДКИ НАДАННЯ СТРАХОВИКУ ЗАВДОМО НЕДОСТОВІРНИХ ВІДОМОСТЕЙ МЕНІ ПОВІДОМЛЕНІ, З УСІМА ЗАСТЕРЕЖЕННЯМИ, НАВЕДЕНИМИ В ЦІЙ ЗАЯВІ, ОЗНАЙОМЛЕНИЙ ТА ЗГОДЕН. Я ПОГОДЖУЮСЬ З УСІМА ПУНКТАМИ БЛОКУ «ІНФОРМАЦІЯ ЩОДО ЗАЯВЛЕНОЇ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ / СТРАХУВАЛЬНИКА», З УРАХУВАННЯМ ДОДАТКОВОЇ ІНФОРМАЦІЇ, НАВЕДЕНОЇ У П. 4.9., СВОЇМ ПІДПИСОМ ПІДТВЕРДЖУЮ ДОСТОВІРНІСТЬ ТА ПОВНОТУ ВСІХ ДАНИХ, НАВЕДЕНИХ В УСІХ ЧАСТИНАХ ЦЬОЇ ЗАЯВИ; РОЗУМІЮ ТА ПОГОДЖУЮСЬ З УСІМА ЗОБОВ'ЯЗАННЯМИ, В ТОМУ ЧИСЛІ НАДАВАТИ СТРАХОВИКУ ПОВНУ ІНФОРМАЦІЮ ПРО ВІДОМІ МЕНІ ОБСТАВИНИ, ЩО МАЮТЬ ІСТОТНЕ ЗНАЧЕННЯ ДЛЯ ОЦІНКИ СТРАХОВОГО РИЗИКУ, ІНФОРМУВАТИ СТРАХОВИКА ПРО БУДЬ-ЯКУ ЗМІНУ ТАКИХ ОБСТАВИН, ЗОБОВ'ЯЗУЮСЬ ОСОБИСТО ПЕРЕРАХОВУВАТИ ПЛАТЕЖІ, ПОВ'ЯЗАНІ З ЦЬОЮ ЗАЯВОЮ БАНКІВСЬКИМ ПЕРЕКАЗОМ НА РАХУНОК СТРАХОВИКА ТА НІ В ЯКОМУ РАЗІ НЕ СПЛАЧУВАТИ ЇХ ЧЕРЕЗ ТРЕТЮ ОСОБУ АБО ОТТОВКО.**

Заява на укладання Договору Страхування підписана в присутності Консультанта, Заявленої Застрахованої Особи та Заявленого Страхувальника

Підписано у ..... *М. Клець* ..... Дата підписання „ 15 ” ..... 01 ..... 20 09 року

..... *Петров* ..... / *Петров* ..... / *Петров* ..... / *Петров* .....  
особистий підпис / прізвище та ініціали - друкowanими літерами / особистий підпис / прізвище та ініціали - друкowanими літерами

Заявлена Застрахована Особа (її законний представник) / Заявлений Страхувальник (у випадку організації - уповноважена особа) М.П.

..... / ..... / .....  
Батьки (Опікуни, Піклувальники) заявленої Застрахованої дитини

Засвідчую справжність підпису клієнта, який зроблено в мій присутності ..... *Іванов* ..... / *Іванов* .....  
особистий підпис / Контрагент

**ОБРАЗЕЦ ЗАПОЛНЕНИЯ БЛАНКА КВИТАНЦИИ**

К Заявлению прилагается бланк заявления на перевод наличных средств для оплаты первой Страховой Премии, которая может осуществляться в ЗАО "Райффайзен Банк Аваль", АКИБ "УкрСиббанк", другом банке, почтовом отделении.

**ВАТ "Райффайзен Банк Аваль"**

Заява на переказ готівки в ВАТ "Райффайзен Банк Аваль". Комісія банку 7 грн 00 коп.

Дата здійснення операції 15 квітня 2009  
Дата валютування \_\_\_\_\_

Назва валюти		№ рахунку	Сума	Еквівалент у гривнях
Гривня	Дебет			
	Кредит	26508145	<u>2 509</u>	
Загальна сума (цифрами)			<u>2 509</u>	

Платник Петров Іван Іванович

Код платника\*\* \_\_\_\_\_

Банк платника\* \_\_\_\_\_

Отримувач **ЗАТ "Американська Компанія Страхування Життя АІГ Життя"**

Код отримувача\* **32109907**

Банк отримувача **ВАТ "Райффайзен Банк Аваль" м. Київ**

Код банку отримувача\* **300335**

Загальна сума Дві тисячі п'ятсот дев'ять гривень, 00 коп.

(словами)

Призначення платежу (порядок не змінювати): **Страхова премія**

01 60000001 Петров Іван Іванович  
(код премії) (номер Заяви) (прізвище, ім'я, по батькові)

02068, м. Київ, пр-т Тригоренка, 1-А, кв. 23  
(поштовий індекс, адреса)

Пред'явлений документ\*\* \_\_\_\_\_ серія \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
(паспорт або документ, що його замінює)

виданий \_\_\_\_\_  
(найменування установи, яка видала документ, дата видачі документа)

Підпис платника Петров Підписи банку \_\_\_\_\_

**АКІБ "УкрСиббанк"**

Заява на переказ готівки в АКІБ "УкрСиббанк". Комісія банку 9 грн 00 коп.

Дата здійснення операції 15 квітня 2009  
Дата валютування \_\_\_\_\_

Назва валюти		№ рахунку	Сума	Еквівалент у гривнях
Гривня	Дебет			
	Кредит	26504013660200	<u>2 509</u>	
Загальна сума (цифрами)			<u>2 509</u>	

Платник Петров Іван Іванович

Код платника\*\* \_\_\_\_\_

Банк платника\* \_\_\_\_\_

Отримувач **ЗАТ "Американська Компанія Страхування Життя АІГ Життя"**

Код отримувача\* **32109907**

Банк отримувача **АКІБ "УкрСиббанк" м. Київ**

Код банку отримувача\* **351005**

Загальна сума Дві тисячі п'ятсот дев'ять гривень, 00 коп.

(словами)

Призначення платежу (порядок не змінювати): **Страхова премія**

01 60000001 Петров Іван Іванович  
(код премії) (номер Заяви) (прізвище, ім'я, по батькові)

02068, м. Київ, пр-т Тригоренка, 1-А, кв. 23  
(поштовий індекс, адреса)

Пред'явлений документ\*\* \_\_\_\_\_ серія \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
(паспорт або документ, що його замінює)

виданий \_\_\_\_\_  
(найменування установи, яка видала документ, дата видачі документа)

Підпис платника Петров Підписи банку \_\_\_\_\_

\* Реквізити зазначаються в разі здійснення переказу готівки для зарахування на рахунок, відкритий в іншому банку.

\*\* Заповнюється в разі здійснення операцій з готівкою без відкриття рахунку на суму, що перевищує 50 000 гривень або еквівалент цієї суми в іноземній валюті.

**Блок "ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПЕРЕВОД НАЛИЧНЫХ СРЕДСТВ В РАЙФФАЙЗЕН БАНК АВАЛЬ".** В поле изначально приложенной к бланку Заявления квитанции "**Дата проведения операции**" указывается фактическая дата осуществления оплаты первой Страховой Премии.

В полях "**Сумма**" и "**Общая сумма (цифрами)**" указывается размер первой Страховой Премии, подлежащей уплате.

В поле "**Платательщик**" указывается ФИО Страхователя полностью.

Поля "**Получатель**", "**Код получателя**", "**Банк получателя**" и "**Код банка получателя**" заполнены типографским способом - указаны соответствующие реквизиты Страховщика (Компании ALICO).

Ниже, в поле "**Общая сумма**", прописью (т.е. словами) указывается сумма первой Страховой Премии, подлежащей к уплате.

В части "**Назначение платежа**" поля "**код премии**" (01) и "**номер Заявления**" уже заполнены типографским способом, поэтому необходимо указать только ФИО заявленного Застрахованного Лица и его почтовый адрес в специально отведенном для этого месте.

В поле "**Подпись плательщика**" Страхователь должен поставить свою подпись.

**Блок "ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПЕРЕВОД НАЛИЧНЫХ СРЕДСТВ В УКРСИББАНК"** заполняется аналогично.

Согласно условиям договора о сотрудничестве между Компанией ALICO и ЗАО "Райффайзен Банк Аваль", услуги банка в установленном выше размере **оплачиваются отдельно от суммы премии**. Оплата услуг банка производится за счет Страхователя (плательщика) и составляет фиксированную сумму - **7 гривен**.

Согласно условиям договора о сотрудничестве между Компанией ALICO и АКИБ "УкрСиббанк", услуги банка в установленном выше размере **оплачиваются отдельно от суммы премии**. Оплата услуг банка производится за счет Страхователя (плательщика) и составляет фиксированную сумму - **9 гривен**.

Отдел обслуживания клиентов не принимает к рассмотрению те Заявления, к которым прилагаются копии квитанций с ошибками или несоответствиями ФИО плательщика фамилии/инициалам Страхователя, указанных в Заявлении, и/или с неправильно указанным назначением платежа. В таком случае оплаченная Страхователем сумма первой *Страховой Премии* возвращается в банк, в котором производилась оплата.

Для предотвращения отклонения таких Заявлений необходимо:

- 1) В случае утери или порчи оригинального бланка квитанции, которая является частью Заявления, Страхователь должен заполнить новый (чистый) бланк квитанции, который находится в любом отделении банка, и указать все необходимые данные. При заполнении такого бланка как образец используйте приведенный выше пример. Номер Заявления, указываемый плательщиком в квитанции, должен обязательно совпадать с фактическим номером бланка Заявления.
- 2) В случае выявления несоответствий в:
  - ФИО плательщика (Страхователя) и/или
  - ФИО заявленного Застрахованного Лица, и/или
  - указанном номере Заявления в части "**Назначение платежа**"

Страхователь (он же плательщик) должен обратиться к операционисту банка, который непосредственно проводил платеж, или к другому уполномоченному сотруднику банка с просьбой предоставить должным образом оформленную справку или пояснение по поводу уточнения ошибочно указанных в квитанции данных. Такая справка должна быть обязательно заверена подписью уполномоченного сотрудника банка, а также печатью или штампом банковского отделения, где осуществлялась уплата премии и корректировка данных. Копия такой справки прилагается к Заявлению на заключение Договора страхования вместе с копией квитанции.

Ошибки при заполнении квитанции могут привести к неправильному зачислению денег на расчетный счет Страховщика, а также к отказу в заключении Договора страхования. Поэтому перед оплатой необходимо тщательно проверить правильность заполнения всех пунктов квитанции.

**ОБРАЗЕЦ СТРАХОВОГО ПОЛИСА**


ЗАТ «Американська Компанія Страхування Життя АІГ Життя»  
Україна, 01032, м. Київ, вул. Комінтерну, 14  
тел.: +380 44 494 13 43/4; факс: +380 44 494 13 45  
e-mail: office@alico.ua

**СТРАХОВИЙ ПОЛІС № 100000004**  
**Пакет Програм Страхування Життя "ЗАХИСТ ЕКСТРА"**

Застрахований Страховальник	<b>Петров І.І.</b> Петров І.І.	Дата народження Дата народження	<b>01.01.1979</b> 01.01.1979	Вік Вік	<b>30</b> 30
--------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	------------	-----------------

**ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ ОСНОВНИХ РИЗИКІВ**

Застрахована Особа (ЗО)	Код Програми	Назва Програми/ Перелік страхових випадків	Страхова Сума (грн.)	Початок дії Програми Страхування	Закінчення дії Програми Страхування	Страховий Внесок (грн.)
Застрахований	TERM	Страхування на випадок смерті до певного віку або на певний строк	<b>3 000</b>	<b>15.04.2009</b>	<b>15.04.2019</b>	<b>140</b>

**ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ ДОДАТКОВИХ РИЗИКІВ**

Застрахована Особа (ЗО)	Код Програми	Назва Програми/ Перелік страхових випадків	Страхова Сума (грн.)	Початок дії Програми Страхування	Закінчення дії Програми Страхування	Страховий Внесок (грн.)
Застрахований	AD	Страхування на випадок смерті внаслідок нещасного випадку	<b>200 000</b>	<b>15.04.2009</b>	<b>15.04.2019</b>	<b>757</b>
Застрахований	AD	Страхування на випадок смерті внаслідок нещасного випадку на транспорті	<b>100 000</b>	<b>15.04.2009</b>	<b>15.04.2019</b>	<b>189</b>
Застрахований	PI	Страхування на випадок постійної непрацездатності внаслідок нещасного випадку	<b>300 000</b>	<b>15.04.2009</b>	<b>15.04.2019</b>	<b>1138</b>
Застрахований	PI	Страхування на випадок постійної непрацездатності внаслідок нещасного випадку на транспорті	<b>150 000</b>	<b>15.04.2009</b>	<b>15.04.2019</b>	<b>285</b>

**Загальна річна Страхова Премія складає 2 509 грн.**

Цей Страховий Поліс є підтвердженням факту укладання Договору Страхування за зазначеною вище юридичною адресою Страховика. Разом із Заявою на укладання Договору Страхування, Правилами та Програмами Страхування Основних та Додаткових Ризиків, додатками, додатковими свідченнями цей Страховий Поліс є невід'ємною частиною Договору Страхування. У разі подання заяви на здійснення страхових виплат, Страховик здійснює такі виплати відповідно до Правил Страхування.

Дата випуску: **25.04.2009**

**Р.М. Терещук**

Начальник відділу обслуговування клієнтів,  
який діє на підставі наказу №525к від 29.12.2006  
"Про надання права підпису"



