

ПОЛНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАКЕТА СТРАХОВЫХ ПРОГРАММ "ЮНИОР КАПИТАЛ ЕВРОЛАЙФ"

1. Состав Пакета "Юниор Капитал Евролайф"

Программа страхования основных рисков:

PEAD - "Страхование на случай дожития до определенного возраста или на определенный срок", покрывает также риск наступления смерти Страхователя (родителя) в результате несчастного случая в размере удвоенной страховой суммы, предусмотренной на случай дожития Застрахованного Лица до окончания действия Договора страхования. Таким образом, действие этой программы распространяется как на Застрахованного ребенка (дожитие), так и на Страхователя (смерть родителя в результате несчастного случая).

Программы страхования дополнительных рисков:

H/S-a - "Страхование на случай хирургического вмешательства и/или госпитализации в результате несчастного случая" (страховое покрытие по данной программе распространяется на Застрахованное Лицо, т.е. на ребенка);

CPA - "Страхование на случай смерти или постоянной и полной нетрудоспособности Страхователя (освобождение от уплаты Страховых Премий)".

2. Период страхования

- на срок 10, 15, 20, 25 лет;
- до достижения ребёнком возраста 18, 21, 24, 25 лет (минимальный срок страхования при этом 10 лет).

3. Максимальный период действия программ страхования

PEAD - до окончания действия страхового периода;

H/S-a - до окончания действия страхового периода;

CPA - предусматривает возможность освобождения от уплаты Страховых Премий, если смерть или нетрудоспособность Страхователя (родителя) наступила до даты очередной годовщины действия программы:

- после 60-го дня рождения Страхователя (родителя);
- после 21-го дня рождения Застрахованного Лица (ребенка).

При этом освобождение от уплаты Страховых Премий будет действовать до наступления первой из указанных ниже дат:

- в случае смерти Страхователя (родителя):
 - а) до даты окончания действия программы **PEAD**;
 - б) до даты очередной годовщины действия Договора страхования жизни (далее по тексту - Договор) после 21-го дня рождения Застрахованного Лица (ребенка).
- в случае продолжительности постоянной и полной нетрудоспособности Страхователя (родителя):
 - а) до даты прекращения полной постоянной нетрудоспособности (выздоровления) Страхователя;
 - б) до даты окончания действия программы **PEAD**;
 - в) до даты очередной годовщины действия Договора после 21-го дня рождения Застрахованного Лица (ребенка);
 - г) до даты очередной годовщины действия Договора после 65-го дня рождения Страхователя (родителя).

Если смерть или постоянная и полная нетрудоспособность Страхователя наступила после следующей годовщины действия Договора после 60-го дня рождения Страхователя (родителя) либо после достижения Застрахованным ребёнком 21 года, то на этот момент программа **CPA** прекратит свое действие, поэтому Страхователь (родитель) не будет освобожден от уплаты Страховых Премий по Договору.

4. Вступительный возраст

- Минимальный вступительный возраст для ребёнка - **0 лет**.
- Минимальный вступительный возраст для Страхователя (родителя) - **18 лет**.
- Максимальный вступительный возраст для ребёнка - **17 лет** (при этом максимально возможный срок страхования - 10 лет).
- Максимальный вступительный возраст для Страхователя (родителя) - **55 лет**.

5. Размер Страховой Премии и Страховой Суммы

- Минимальная годовая Премия - 2 000 грн.
- Минимальная Страховая Сумма по программе **PEAD** - 20 000 грн.
- Фиксированная Страховая Сумма по программе **H/S-a** - 50 грн./5 000 грн.
- Максимальная Страховая Сумма по программе **PEAD** - не ограничена.

6. Право на Негарантированный Бонус

- Участие в Дополнительном Инвестиционном Доходе.

7. Индексация программы страхования основных рисков

Индексация программ страхования дополнительных рисков

- Обеспечивает сохранение реальной стоимости Договора страхования жизни в условиях негативного влияния инфляции.
- Защита средств Страхователей осуществляется путем индексирования Страховой Премии и Страховых Сумм по программам страхования основных и дополнительных рисков, а также за счёт создания Специального Фонда Индексации.
- Индексация предоставляется автоматически при заключении Договора страхования, но при этом, согласно Правилам добровольного страхования жизни, Компания **ALICO AIG Life** (далее по тексту - *Страховщик*) оставляет за собой право приостановить или не применять действие Положений об индексации.

8. Страховой случай и страховая выплата

8.1. Дожитие Застрахованного Лица (ребенка) до окончания срока действия Договора:

- Выплата 100% **гарантированной** Страховой Суммы, указанной в Страховом Полисе/Договоре, по программе страхования основных рисков (**PEAD**).
- ПЛЮС выплата суммы Дополнительного Инвестиционного Дохода (Негарантированный Бонус) на дату окончания действия Договора.
- ПЛЮС выплата суммы Специального Фонда Индексации на дату окончания действия Договора.

8.2. Смерть Застрахованного Лица (ребенка) по любой причине:

- Выплата Страховой Суммы в размере Страховых Премий, оплаченных по программе страхования основных рисков (**PEAD**) на момент смерти Застрахованного Лица, увеличенных на сумму инвестиционного дохода.
- ПЛЮС выплата суммы Дополнительного Инвестиционного Дохода в зависимости от срока действия Договора (рассчитывается на дату наступления страхового события).
- ПЛЮС выплата суммы Специального Фонда Индексации в зависимости от срока действия Договора (рассчитывается на дату наступления страхового события).

8.3. Смерть Страхователя (родителя) в результате болезни:

- Освобождение от уплаты последующих Страховых Премий по Договору (согласно условиям программы страхования дополнительных рисков **CPA**) в размере Страховой Премии по программе **PEAD**, начиная с очередной Страховой Премии, срок которой наступит после даты смерти Страхователя (родителя). *При этом Договор остается в силе.*

8.4. Смерть Страхователя (родителя) в результате несчастного случая:

- Выплата 200% **гарантированной** Страховой Суммы, указанной по риску дожития Застрахованного лица (ребенка) по программе страхования основных рисков (**PEAD**).
- Освобождение от уплаты последующих Страховых Премий по Договору (согласно условиям программы страхования дополнительных рисков **CPA**) в размере Страховой Премии по программе **PEAD**, начиная с очередной Страховой Премии, срок которой наступит после даты смерти Страхователя (родителя). *При этом Договор остается в силе.*

8.5. Полная и постоянная нетрудоспособность Страхователя (родителя) по любой причине:

- Освобождение от уплаты последующих Страховых Премий по Договору (согласно условиям программы страхования дополнительных рисков **CPA**) в размере последней индексированной Страховой Премии, начиная с очередной Страховой Премии, срок которой наступит после даты наступления такой нетрудоспособности. *При этом Договор остается в силе.*

8.6. Госпитализация Застрахованного Лица (ребенка) в результате несчастного случая:

- Выплаты по программе страхования дополнительных рисков **Н** за каждый день после 3-х последовательных дней госпитализации и до 365-го дня, если Застрахованное Лицо госпитализируется в результате несчастного случая (50 грн. в день).
- В случае пребывания Застрахованного Лица в отделении реанимации и интенсивной терапии, Страховые Выплаты по программе страхования дополнительных рисков **Н** за каждый день пребывания в таком отделении удваиваются (первые 3 дня госпитализации не покрываются) и будут составлять 100 грн. в день.

8.7. Хирургическое вмешательство в результате несчастного случая*:

- Выплата по программе страхования дополнительных рисков **S** в размере соответствующей части от указанной в Полисе Страховой Суммы (5 000 грн.) согласно Таблице оценки хирургических операций.

Если происходит хирургическое вмешательство, которое является страховым случаем согласно условиям этой программы, но не указано в Таблице оценки хирургических операций, то Страховщик будет рассчитывать сумму, подлежащую к выплате, путём сравнения данного хирургического вмешательства с операциями, перечисленными в Таблице, учитывая уровень сложности операции.

В случае проведения нескольких операций одновременно, Страховые Выплаты осуществляются в сумме, которая соответствует хирургической операции, предусматривающей страховые выплаты с наибольшей частью от Страховой Суммы.

9. 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 наследнику Выгодоприобретателя в размере 60%.

4. ІНФОРМАЦІЯ ЩОДО ЗАЯВЛЕНОЇ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ/ЗАЯВЛЕНОГО СТРАХУВАЛЬНИКА

4.1 Заявлена Застрахована Особа		Заявлений Страховальник	
a) Зріст (см)..... <u>60</u>	Вага (кг)..... <u>9</u>	Зріст (см)..... <u>195</u>	Вага (кг)..... <u>85</u>
b) Ви лівша? <input type="checkbox"/> так <input checked="" type="checkbox"/> ні		Ви лівша? <input type="checkbox"/> так <input checked="" type="checkbox"/> ні	
в) Вкажіть середню кількість цигарок, сигар або інших тютюнових виробів, які Ви споживаєте зараз або споживали протягом останніх 24 місяців <u>на день?</u> <u>0</u> шт.		в) 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.	
г) Чи вживаєте алкогольні напої? <input type="checkbox"/> так <input checked="" type="checkbox"/> ні		Чи вживаєте алкогольні напої? <input checked="" type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні	
в) Вкажіть: кількість на тиждень (л)..... та вид..... <u>0,33</u> та вид..... <u>німа</u>		в) Вкажіть: кількість на тиждень (л)..... та вид..... <u>0,33</u> та вид..... <u>німа</u>	
д) Вкажіть Ваш сукупний дохід:.....грн. на місяць		в) Вкажіть Ваш сукупний дохід:..... <u>7.000</u>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 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 за приводу алкогільної 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 за 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 лікуюсь 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 неприцездатним 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 хворів 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 займаюсь спортом не більше 2-х разів на тиждень та роблю це виключно з оздоровчою метою. Я не є дійсним/зарєєстрованим членом будь-якої спортивної команди. Я не беру участі, не планую та не маю намірів взяти участь у будь-якому виді перегонів, займаючись підводним плаванням, веслуванням на каное/байдарках, альпінізмом, мотоциклетним, парашютним, вітрильним, парашютним 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?» <input type="checkbox"/> ТАК <input checked="" type="checkbox"/> 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 додатковими аркушами, завірте його власним підписом, зазначте дату підписання та додайте до Заяви <i>Страховальник щодо п. 4.3 - жодних захворювань. Об'єктивний огляд - грудень 2007 рік. Висновок - здоровий, реїтмен / к - без патологій, аналіз крові на СНІД - негативний</i>			

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:

- законному 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>мати</i>	<i>м. Київ, пр. Третьякова 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

- Страхові послуги надаються ЗАТ «АЛІКО АІГ Життя», надалі – Страховик, (програми починають діяти) тільки у випадку виконання всіх наступних умов:
 - підписання Заяви всіма сторонами та наявності всіх документів, необхідних для укладання Договору Добровільного Страхування Життя, надалі - Договор Страхування;
 - відповідності Застрахованої Особи вимогам Страховика щодо можливості страхування;
 - проходження заявленою Застрахованою Особою/заявленим Страховальником медичного огляду на вимогу Страховика;
 - попередньої оплати на поточний рахунок Страховика в повному обсязі суми, зазначеної в п. 3.3 Заяви, та її одержання Страховиком.
- 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:
 - підписання Заяви останньою зі сторін; або
 - 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 у вказані строки. PE Страхування на випадок дожиття до певного віку або на певний строк (за умови сплати одноразової страхової премії за цю програмою). READ Страхування на випадок дожиття до певного віку або на певний строк. 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 неприцездатності внаслідок нещасного випадку. TR Страхування на випадок смерті на строк із виплатою додаткової Страхової Суми. CI Страхування на випадок критичного захворювання.	ADD Страхування на випадок смерті/каліцтва/постійної та повної неприцездатності внаслідок нещасного випадку. W Страхування на випадок постійної та повної неприцездатності Страховальника (збільшення Страховальника від сплати страхових премій на час неприцездатності). CPA Страхування на випадок смерті або постійної та повної неприцездатності Страховальника (збільшення від сплати страхових премій). H/S/C-as Страхування на випадок хірургічного втручання та/або госпіталізації внаслідок нещасного випадку. AD-OB Страхування на випадок смерті внаслідок нещасного випадку з виплатою додаткових Страхової суми у випадку смертєва
---	---

Form-B/2008-1

01.11.2008

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

- 8.1. Ця Заява разом із Страховим Полісом, Правилами, Програмами страхування основних та додаткових ризиків, додатками, додатковими угодами, платіжними документами, що підтверджують сплату страхових премій у повному обсязі, заявами, медичними документами щодо стану здоров'я заявленої застрахованої Особи та заявленою Страховальника 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'яноста) календарних днів Ви не отримуєте 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 літвому нижньому куті. Бланк Страхового Поліса також захищений мікрошрифтом, який нанесено у верхньому правому куті нижче адреси Страховика, і містить підпис уповноваженої особи, який завірений печаткою Страховика.
- 8.4. Страховальник 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 Страховальник 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 Страховальника та регулюються відповідними положеннями Правил.

9. ДЕКЛАРАЦІЯ

- 9.1. Я, виступаючи заявляю Страховальником, прошу Страховика укласти Договір Страхування. Я та заявлена Застрахована Особа заявляємо, що всі дані у цій Заяві мають 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 звертатися та отримувати будь-яку інформацію про особу заявленого Страховальника/заявленої Застрахованої Особи та про стан здоров'я заявленого Страховальника/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 події, 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. Погоджуюся 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 надіслати всі дані до компанії, що входить до складу групи компаній AIG або що є компаніями-партнерами Страховика та групи компаній AIG або перестраховиками.
- 9.5. Я зрозумію і погоджуюся 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 погоджуюся 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 погоджуюся з їх вираховуванням Страховиком.
- 9.7. Погоджуюся з тим, що в разі дострокового припинення дії Договору Страхування з ініціативи заявленого Страховальника 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 погоджуюся з розміром Негарантованого Бонусу, отриманого в результаті такого інвестування.
- 9.9. Беру до відома, що Страховик має право припинити 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 заявляю Страховальником 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 (підкреслити 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 переслідують законом США.
 Ідентифікаційний номер заявленої Застрахованої Особи/заявленого Страховальника - платника податків США
 Ідентифікаційний номер Вигодонабувача - платника податків США

9.11. Я, який нижче підписався заявляю Страховальник, 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 Страховальник, прошу ЗАТ "АЛІКО АІГ Життя" виступити Кредитодавцем та надати мені кредит шляхом відкриття відновлювальної кредитної лінії у межах викупної суми за Договором Страхування, укладеним на підставі цієї Заяви, та під заставу цієї викупної суми на умовах Правил добровільного страхування життя, а також на наступних умовах:

Валюта кредиту: грн.	Розмір кредитного ліміту дорівнює розміру викупної суми за Договором Страхування	Позичальник: Страховальник
Строк дії кредитного ліміту починається з третьої річної 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 припиняється. Страховик має право зменшити розмір страхової виплати або викупної 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 надіслання відповідного повідомлення на адресу Кредитодавця. Позичальник може нести відповідальність за несвочасну сплату відсотків за користування кредитом, а Кредитодавець несе відповідальність за несвочасне 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 зобов'язаність Позичальника перед Кредитодавцем. Позичальник має право відмовитись від одержання кредиту, повідомивши про це Кредитодавця письмово не пізніше закінчення Пільгового періоду.		
9.13. Виступаючи заявляю Страховальником, 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 надіслати 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 означатиме отримання пропозиції Страховика, її розуміння, повне і безумовне прийняття такої пропозиції.		
9.15. Погоджуюсь з тим, що Страховик буде надіслати на вказану в Заяві адресу для кореспонденції друковані матеріали інформативного та рекламного змісту з пропозиціями від компанії-партнерів Страховика, які можуть становити для мене інтерес та даю свою згоду про надання мого ім'я, адреси партнерам Страховика, які можуть надіслати 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 відіється заявленою Страховальнику. 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 УСИМА ЗАСТЕРЕЖЕННЯМИ, НАВЕДЕНИМИ В ЦІЙ ЗАЯВІ, ОЗНАЙОМЛЕНИЙ ТА ЗГОДЕН. Я ПОГОДЖУЮСЬ З УСИМА ПУНКТАМИ БЛОКУ «ІНФОРМАЦІЯ ЩОДО ЗАЯВЛЕНОЇ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ / СТРАХУВАЛЬНИКА», З УРАХУВАННЯМ ДОДАТКОВОЇ ІНФОРМАЦІЇ, НАВЕДЕНОЇ У П. 4.9., СВОЇМ ПІДСИМОМ ПІДТВЕРДЖУЮ ДОСТОВІРНІСТЬ ТА ПОВНОТУ ВСІХ ДАНОХ, НАВЕДЕНИХ В УСІХ ЧАСТИНАХ ЦЬОЇ ЗАЯВИ; РОЗУМІЮ ТА ПОГОДЖУЮСЬ З УСИМА ЗОВБ'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, ЗОВБ'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 ГОТІВКОЮ.

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

Підписано у *М. Кувелі* Дата підписання „ 15 ” *жовтня* 20 *08* року

..... *Петров* / *Петров* / *Петров*
 особистий підпис прізвище та ініціали - друкованими літерами особистий підпис прізвище та ініціали - друкованими літерами
 Заявлена Застрахована Особа (її законний представник) Заявлений Страховальник (у випадку організації - уповноважена особа) М.П.

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

Засвідчую справжність підпису клієнта, який зроблено в моїй присутності *Іванов* / *Іванов*
 особистий підпис прізвище та ініціали - друкованими літерами
 Консультант

Form - А/ 2008 - 1

ОБРАЦЕЦ ЗАПОЛНЕННЯ БЛАНКА КВИТАНЦІИ

К Заявленію прилагається бланк квитанції на оплату першої Страхової Премії.

Заява на переказ готівки №

Дата здійснення операції 15 жовтня 2008
Дата валютування _____

Назва валюти		№ рахунку	Сума	Еквівалент у гривнях
Гривня	Дебет			
	Кредит	26508145	5500	
Загальна сума (цифрами)			5500	

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 П'ять тисяч п'ятсот гривень, 00 коп.
(словами)

Призначення платежу (порядок не змінювати): **Страхова премія**
01 **60002001** Петров Іван Іванович
(код премії) (номер Заяви) (прізвище, ім'я, по батькові)
02068, м. Київ, пр-т Григоренка, 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 _____

Квитанція №

Дата здійснення операції _____
Дата валютування _____

Назва валюти		№ рахунку	Сума	Еквівалент у гривнях
Гривня	Дебет			
	Кредит	26508145		
Загальна сума (цифрами)				

Платник _____
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 _____
(словами)

Призначення платежу (порядок не змінювати): **Страхова премія**
01 **60002001** _____
(код премії) (номер Заяви) (прізвище, ім'я, по батькові)

(поштовий індекс, адреса)

Пред'явлений документ** _____ серія _____ № _____
(паспорт або документ, що його замінює)
виданий _____
(найменування установи, яка видала документ, дата видачі документа)

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.

01.11.2008

Блок "ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПЕРЕВОД НАЛИЧНЫХ СРЕДСТВ №". 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 к уплате.

В поле "**Плательщик**" указывается ФИО Страхователя.

В полях "**Получатель**", "**Код получателя**", "**Банк получателя**" и "**Код банка получателя**", заполненных типографским способом, указаны соответствующие реквизиты Страховщика (Компании **ALICO AIG Life**).

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 "КВИТАНЦИЯ №" и все последующие поля (кроме "Получатель", "Код получателя", "Банк получателя", "Код банка получателя", "Назначение платежа" в части "код премии" и "номер Заявления") **заполняются сотрудником банка.**

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

Отдел Обслуживания Клиентов не принимает к рассмотрению те Заявления, к которым прилагаются копии квитанций с ошибками или несоответствиями ФИО плательщика фамилии и инициалам Страхователя, указанных в Заявлении, и/или с неправильно указанным назначением платежа. Оплаченная Страхователем сумма первой премии возвращается в банк, где производилась оплата.

Для предотвращения отклонения таких Заявлений необходимо:

1) В случае утери или порчи оригинального бланка квитанции, которая является неотъемлемой частью Заявления, Страхователь должен заполнить новый (чистый) бланк квитанции, которые находятся в любом отделении банка, и указать все необходимые данные. При заполнении такого бланка в качестве образца используйте приведенный выше пример. Номер Заявления, указываемый плательщиком в квитанции, должен обязательно совпадать с фактическим номером Заявления.

2) В случае выявления несоответствий:

- в ФИО плательщика (Страхователя) и/или

- в ФИО заявленного Застрахованного Лица и/или

- в указанном номере Заявления в части "**Назначение платежа**",

Страхователь (он же плательщик) должен обратиться к сотруднику 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 ПОЛІСА



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 № 100000002

Пакет Програм Страхування Життя "ЮНІОР КАПІТАЛ ЄВРОЛАЙФ"

Страхова Сума за відповідною Програмою Страхування у випадку неперервної дії може збільшуватися згідно з Положеннями про індексацію Програм страхування основних та/або додаткових ризиків (якщо такі Положення діють) на суму, розраховану як базуються на офіційному індексі інфляції за даними Державного комітету статистики України.

Застрахований	Петров І.І.	Дата народження	01.01.1978	Вік	30
Страховальник	Петрова М.І.	Дата народження	15.12.2007	Вік	0

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	PEAD	Страхування на випадок дожиття до певного віку або на певний строк	102 113	15.10.2008	15.10.2029	
Страховальник	PEAD	Страхування на випадок смерті внаслідок нещасного випадку	204 226	15.10.2008	15.10.2029	4 590
	INDEX _B	Положення про індексацію для Програм страхування основних ризиків				

Величина інвестиційного доходу: 4%

Страхова Виплата буде здійснена згідно з п.п. Б) п.1.2 Програми "Страхування на випадок дожиття до певного віку або на певний строк", Страхова Сума на випадок смерті Застрахованої Особи встановлюється у розмірі Страхових премій, сплачених за Програмою на момент смерті Застрахованої особи, збільшених на величину інвестиційного доходу, розрахованого за зазначеною вище ставкою.

Цей Договір Страхування Життя може надавати право на Негарантований Бонус у порядку, визначеному в Правилах Добровільного Страхування Життя Страховика.

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	H/S/C-a	Страхування на випадок розладу здоров'я ЗО внаслідок нещасного випадку, який призвів до госпіталізації (1)	50	15.10.2008	15.10.2029	80
Застрахований	H/S/C-a	Страхування на випадок розладу здоров'я ЗО внаслідок нещасного випадку, який призвів до хірургічного втручання	5 000	15.10.2008	15.10.2029	176
Страховальник	CPA	Страхування на випадок смерті або постійної та повної непрацездатності Страховальника (звільнення від сплати Страхових Премій)	-----	15.10.2008	15.10.2029	654
	INDEX _S	Положення про індексацію для Програм страхування додаткових ризиків				

(1) за кожен день фактичного перебування на стаціонарному лікуванні після 3-х послідовних днів госпіталізації і максимально до 365-го дня. У разі перебування Застрахованої Особи у відділенні інтенсивної терапії лікарні, Страхова Виплата на випадок госпіталізації виплачується у розмірі подвійної Страхової Суми на випадок госпіталізації, це означає, що за програмою встановлено Страхову Суму на випадок перебування Застрахованої Особи у відділенні реанімації та інтенсивної терапії лікарні, яка дорівнює Страховій Сумі на випадок госпіталізації.

Загальна річна Страхова Премія складає 5 500 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: **25.10.2008**

Р.М. Терещук

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

**КОЕФІЦІЕНТИ ВИКУПНОЇ СУММИ
И УМЕНЬШЕННОЙ СТРАХОВОЙ СУММИ**


ЗАТ "Американська Компанія
Страховання Життя АІГ Життя"
Україна, 01032, м. Київ, вул. Комінтерну, 14
Тел.: +38 (044) 494 13 43, 494 13 44
Факс: +38 (044) 494 13 45
E-mail: office@alico.ua

СТРАХОВИЙ ПОЛІС № 100000002
Пакет Програм Страховання Життя "ЮНІОР КАПІТАЛ ЄВРОЛАЙФ"
(Невід'ємна частина Договору Страховання)

Коефіцієнти Викупної Суми та Зменшення Страхової Суми
при набутті Договором Страховання статусу Повністю Сплаченого
(на 1 000 грн. Страхової Суми)

Кількість повних років надання страхових послуг	Коефіцієнт викупної суми ¹	Коефіцієнт Зменшеної Страхової Суми при набутті Договором Страховання статусу Повністю Сплаченого ²
1	Розмір викупної суми становить 1 грн.	-
2	Розмір викупної суми становить 1 грн.	-
3	31	58
4	66	118
5	102	177
6	139	234
7	178	289
8	218	342
9	260	393
10	303	443
11	347	491
12	398	544
13	452	597
14	509	649
15	569	700
16	632	751
17	698	802
18	768	852
19	841	902
20	919	951
21	1000	1000

¹ В разі дострокового припинення дії Договору Страховання протягом перших трьох років надання страхових послуг (з ініціативи Страховальника або через несплату Страховальником страхових премій у встановлені Договором Страховання строки тощо) Страховальник зобов'язаний сплатити Страховику штраф у розмірі 1 грн.

² Зменшена Страхова Сума не може бути менша ніж мінімальний рівень Страхової Суми, встановлений Страховиком на день набуття Договором Страховання статусу Сплаченого Договору Страховання.

Дата сплати Страхової Премії: на 15.10 щорічно

Цим Договором Страховання передбачено надання кредиту для сплати чергових страхових премій на умовах, зазначених у Заяві на укладання Договору добровільного страхування життя.

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

Services provided by subsidiaries of American International Group, Inc.

