



СОДЕРЖАНИЕ

1. Понятия, используемые в страховом продукте	3
2. Цели страхования	6
3. Структура страхового продукта	6
– Страховые случаи по Основной программе	6
– Страховые случаи по Дополнительной программе	6
4. Страховые суммы	6
– Размер страховой суммы по Основной программе	6
– Размер страховой суммы по Дополнительной программе	6
5. Страховые выплаты	8
– Выплаты по Основной программе	8
– Выплаты по Дополнительной программе	8
– Таблица выплат	9
6. Условия страхования	11
– Застрахованное лицо	11
– Срок страхования	11
– Начало действия страхования	11
– Страховой взнос	11
– Порядок уплаты страхового взноса	12
– Дополнительный инвестиционный доход	12
– Льготный период	12
– Редуцирование	12
– Досрочное прекращение действия Полиса	13
– Внесение изменений в Договор страхования	13
– Выкупная сумма	13
– Индексация	13
7. Процедура заполнения заявления	14

1. ПОНЯТИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В СТРАХОВОМ ПРОДУКТЕ

Договор страхования

Письменное соглашение между Страхователем и Страховщиком, согласно которому Страховщик берет на себя обязательство в случае наступления страхового случая осуществить страховую выплату Страхователю или другому лицу, определенному в Договоре страхования Страхователем, в интересах которого заключен Договор страхования, а Страхователь обязуется платить страховые платежи в определенные сроки и выполнять другие условия Договора.

Полис

Полис это форма Договора страхования.

Страховщик

ЗАО «Чешская страховая компания Украина — Страхование жизни», созданная и действующая в соответствии с законодательством Украины.

Страхователь

Любое дееспособное физическое лицо в возрасте 18 лет и старше (считается полное количество лет).

Застрахованный

Физическое лицо, в отношении жизни и здоровья которого заключен и действует Договор страхования. На основании одного Договора могут быть застрахованы: защищаемый взрослый (Гарант), Ребенок и Страхователь.

Гарант

Физическое лицо в возрасте от 18 лет до 60 лет. Возраст Гаранта на момент окончания срока страхования не может превышать 70 лет. Гарант может отличаться от Страхователя. Представим семью мама-папа-ребенок. Гарант - это лицо, являющееся кормильцем, добытчиком, которое заботится о всей семье, приносит основной доход в семью, от его здоровья и успешности в делах зависит благосостояние всей семьи и будущее ребенка.

Ребенок

Физическое лицо в возрасте от 0 до 15 лет. Возраст ребенка на момент окончания срока страхования должен быть минимально 18 лет и не может превышать 25 лет.

Выгодоприобретатель

Физическое лицо, назначенное Страхователем при заключении Договора страхования по согласию Застрахованного лица для получения страховой выплаты или ее части при наступлении страхового случая с Застрахованным лицом.

Несчастный случай (НС)

Внезапное кратковременное внешнее событие, повлекшее за собой телесное повреждение или иное нарушение внутренних или внешних функций организма, или смерть Застрахованного, не являющееся следствием заболевания или врачебных манипуляций и произошедшее в период действия Договора страхования независимо от воли Застрахованного и/или Выгодоприобретателя.



Болезнь

Болезнь – любое указанное в Договоре страхования заболевание Застрахованного лица, а также любое непредвиденное телесное заболевание или непредвиденное осложнение течения естественных процессов, за исключением заболевания, которое состоялось вследствие состояния или дефекта, относительно которого было назначено, рекомендовано, предоставлено или должно было быть предоставлено медицинское лечение, когда-либо до начала даты страхования.

Госпитализация

Временная потеря трудоспособности. Пребывание на стационарном лечении в Больнице, на срок свыше полных 24-х часов.

Инвалидность

Стойкая потеря трудоспособности, характеризующаяся присвоением группы инвалидности.

Группа инвалидности

Устанавливается в соответствии с требованиями и на основании заключения МСЭК, характеризует степень инвалидности и определяет требования ухода, показания и противопоказания медицинского характера.

Постоянная частичная нетрудоспособность

Потеря части тела или утрата возможности ее использования Застрахованным лицом, указанная в соответствующей Таблице выплат (стр. 9), ставшая результатом Несчастного случая
Например:

- полная потеря зрения — 100%
- полная ампутация указательного пальца правой руки — 20%
- полный паралич нижней конечности — 60%

Страховая сумма

Страховая сумма – это сумма денег, определенная Договором страхования по каждому страховому риску, в пределах или в размере которой производятся страховые выплаты.

Страховые тарифы и страховая премия

Страховой тариф - размер страховой премии, рассчитанной на единицу страховой суммы. Страховая премия - плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором страхования. Размер страховой премии рассчитывается на основе тарифов, разработанных компанией с учетом статистических данных по застрахованным событиям, а также в зависимости от степени риска Застрахованного при принятии его на страхование.

Страховые взносы

Периодические платежи, осуществляемые Страхователем в соответствии с Договором страхования.

Страховой случай

Событие, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату Застрахованному лицу или Выгодоприобретателю.

Срок страхования

Определенный Договором страхования срок страховой защиты.

Выкупная сумма

Сумма, выплачиваемая Страхователю при досрочном расторжении Договора страхования.

Математический резерв

Сумма, рассчитанная на основе актуарных методик, которую Страховая компания откладывает, а также инвестирует для того, чтобы в будущем гарантировать страховые выплаты.

Андеррайтинг

Процедура оценки риска, в результате которой производится выявление «нестандартных рисков», требующих изменения страхового тарифа и/или изменения условий страхования.

Общественный перевозчик

Любой наземный, воздушный или морской транспорт, который работает и перевозит за плату пассажиров согласно лицензии и по фиксированному, заранее установленному маршруту, в соответствии с опубликованным расписанием.



2. ЦЕЛИ СТРАХОВАНИЯ

- Страхование жизни и здоровья родителей и ребенка.
- Финансовая защита семейных планов.
- Гарантированное накопление средств для ребенка к установленному Договором сроку.

3. СТРУКТУРА СТРАХОВОГО ПРОДУКТА

- Основная программа страхования.
- Дополнительная программа страхования.

Страховые случаи по Основной программе

- Дожитие ребенка до окончания срока страхования (независимо от смерти или дожития застрахованного Гаранта).

Страховые случаи по Дополнительной программе

- Смерть Гаранта:
 - В результате болезни или несчастного случая
 - В результате несчастного случая
 - В результате несчастного случая на общественном перевозчике
- Постоянная частичная потеря трудоспособности Гаранта в результате несчастного случая.
- Госпитализация Гаранта в результате болезни или несчастного случая.
- Постоянная частичная потеря трудоспособности ребенка в результате несчастного случая.
- Освобождение Страхователя от уплаты взносов в случае Смерти в результате болезни или несчастного случая (когда Страхователь не является одновременно Гарантом).
- Освобождение Страхователя от уплаты взносов в случае Инвалидности 1-ой группы в результате болезни или несчастного случая (независимо от того, является Страхователь одновременно Гарантом или нет).

4. СТРАХОВЫЕ СУММЫ

Размер страховой суммы по Основной программе

- Основная страховая сумма – страховая сумма по Основной программе.
Минимальная Основная страховая сумма - 5 000 гривен.
- Максимальная Основная страховая сумма - 200 000 гривен.

Размер страховой суммы по Дополнительной программе

- Минимальная страховая сумма при выборе страхового риска - 5 000 гривен.
- Страховая сумма установлена отдельно по каждому страховому риску.
- Выплата по каждому риску производится отдельно.

■ Страховой риск	Максимальная страховая сумма, гривен	Описание
Смерть Гаранта в результате болезни или несчастного случая	400 000	До 2-х Основных страховых сумм, но не более максимальной по этому риску
Смерть в результате несчастного случая (далее НС) Гаранта	600 000	До 3-х Основных страховых сумм, но не более максимальной по этому риску
Смерть Гаранта на общественном перевозчике	600 000	До 3-х Основных страховых сумм, но не более максимальной по этому риску
Постоянная частичная потеря трудоспособности Гаранта в результате несчастного случая	1 000 000	До 5-ти Основных страховых сумм, но не более максимальной по этому риску
Госпитализация в результате НС или болезни Гаранта (0,2% в день)	100 000	До 2-х Основных страховых сумм, но не более максимальной по этому риску.
Постоянная частичная потеря трудоспособности Ребенка в результате несчастного случая	400 000	До 2-х Основных страховых сумм
Освобождение от уплаты взносов Страхователя, Инвалидность I группы		Порядок определения описан в Тарификаторе.

- Страховая сумма по каждому риску в Дополнительной программе может быть равна нулю. Если страховая сумма по отдельному риску в Дополнительной программе не равна нулю, то она не должна быть меньше чем 5 000 гривен.
- Если максимально возможная страховая выплата (по одному страховому случаю) по сумме основного и дополнительных покрытий превышает 600 000 гривен, то для принятия Застрахованного на страхование требуется справка о его доходах. Нельзя получить полис, предусматривающий страховую выплату в размере более 10 годовых доходов Застрахованного лица. То есть, на полис, предусматривающий выплату более 600 000 гривен, могут претендовать лица, чей легальный доход на момент заключения Договора страхования превышает 5000 гривен в месяц. (5000 грн x 12 мес x 10 лет = 600 000 грн). Для полисов, возможная страховая выплата по которым не превышает 600 000 гривен, справка о доходах не требуется.
- Размер страховой суммы зависит от:
 - Размера страхового взноса
 - Срока страхования
 - Желания клиента



5. СТРАХОВЫЕ ВЫПЛАТЫ

Выплаты по Основной Программе

Страховое событие	Размер страховой выплаты	Кому	Результат
Дожитие ребенка до конца срока страхования	Основная страховая сумма, включающая дополнительный инвестиционный доход	Ребенку	Действие Договора прекращается
Смерть Гаранта по болезни или от НС	Оплата взносов по Основной программе прекращается (страхование ребенка от Несчастных случаев не освобождено)	—	Действие Договора продолжается. Перерасчет страхового взноса

Выплаты по Дополнительной Программе

Смерть Гаранта по болезни или в результате несчастного случая	Страховая сумма по риску Смерть	Ребенку после достижения 18 лет или Выгодоприобретателю	Действие Договора продолжается - перерасчет страхового взноса (нужно платить только за страхование ребенка от несчастных случаев, если оно приобретено)	
Смерть Гаранта в результате несчастного случая	Страховая сумма по риску Смерть в результате несчастного случая			
Смерть Гаранта на общественном перевозчике	Страховая сумма по риску Смерть на общественном перевозчике			
Постоянная частичная потеря трудоспособности Гаранта в результате несчастного случая	% от страховой суммы по данному риску в соответствии с таблицей выплат по Постоянной частичной потере трудоспособности (стр. 9), максимально 100% страховой суммы в страховой год	Гаранту	Действие Договора продолжается	
Госпитализация Гаранта в результате несчастного случая или болезни	0,2% от страховой суммы по данному риску за день нахождения в больнице (начиная с 1-го дня, максимально 90 дней в течении страхового года по всем случаям). Максимальная выплата – 200 грн в день. Оплачивается пребывание в больнице сроком более 10 дней.			
Постоянная частичная потеря трудоспособности Ребенка в результате несчастного случая	% от страховой суммы по данному риску в соответствии с таблицей выплат по Постоянной частичной потере трудоспособности (стр. 9), максимально 100% страховой суммы в страховой год			
Смерть Страхователя по болезни или в результате несчастного случая	Освобождение от уплаты взносов			—
Инвалидность Страхователя по болезни или в результате несчастного случая (I группа)	Освобождение от уплаты взносов			—

Таблица выплат по риску постоянная частичная нетрудоспособность

Потеря возможности использования	% от страховой суммы	
	Левая	Правая
Полная потеря зрения обеих глаз	100	
Полный неизлечимый психоз	100	
Полная потеря обеих рук (от локтя до кисти) и обеих кистей	100	
Полная глухота на оба уха травматического происхождения	100	
Удаление нижней челюсти	100	
Полная потеря речи	100	
Полная потеря одной руки (от локтя до кисти) и одной ноги	100	
Полная потеря одной руки (от локтя до кисти) и одной стопы	100	
Полная потеря одной кисти и одной ступни	100	
Полная потеря одной кисти и одной ноги	100	
Полная потеря обеих ног	100	
Полная потеря обеих ступней	100	
Потеря кости черепа по всей толщине кости:		
– поверхность более 6 см ²	40	
– поверхность от 3 до 6 см ²	20	
– поверхность менее чем 3 см ²	10	
Частичное удаление нижней челюсти или половины верхней челюстной кости	40	
Полная потеря одного глаза	40	
Полная глухота на одно ухо	30	
	Левая	Правая
Потеря одной руки (от локтя до кисти) или одной кисти	50	60
Значительное повреждение кости руки (от локтя до кисти) (определенное и неизлечимое повреждение)	40	50
Полный паралич верхней конечности (неизлечимое повреждение нервов)	55	65
Полное повреждение нерва, сгибательного нерва	15	20
Анкилоз плеча	30	40
Анкилоз локтя с фиксацией в удобном положении (15 градусов от прямого угла)	20	25
Анкилоз локтя с фиксацией в неудобном положении	35	40
Значительная потеря костного вещества обеих костей предплечья (определенное и неизлечимое повреждение)	30	40
Полный паралич центрального нерва	35	45
Полный паралич лучевого нерва	35	40
Полный паралич лучевого нерва предплечья	25	30
Полный паралич лучевого нерва кисти	15	20
Полный паралич локтевого нерва	25	30
Анкилоз кисти с фиксацией в удобном положении (вверх тыльной стороной)	15	20
Анкилоз кисти с фиксацией в неудобном положении (деформирующее сгибание или разгибание или повернутое положение)	25	30
Полная потеря большого пальца	15	20
Частичная потеря большого пальца (ногтевой фаланги)	5	10
Полный анкилоз большого пальца	15	20
Полная ампутация указательного пальца	10	15
Полная потеря двух фаланг указательного пальца	8	10
Полная потеря ногтевой фаланги указательного пальца	3	5



Потеря возможности использования	% от страховой суммы	
Одновременная ампутация большого и указательного пальцев	25	35
Повная потеря большого и другого пальца кроме указательного	20	25
Полная потеря двух пальцев кроме большого и указательного пальцев	8	12
Полная потеря трех пальцев кроме большого и указательного пальцев	15	20
Полная потеря четырех пальцев, включая большой палец	40	45
Полная потеря четырех пальцев, кроме большого пальца	35	40
Полная потеря среднего пальца	8	10
Полная потеря одного пальца, кроме большого, указательного и среднего	3	7
Полная потеря бедра (верхней части)	60	
Полная потеря бедра (нижней части) и ноги	50	
Полная потеря ступни (тибиально-преплюсневый вывих)	45	
Частичная потеря ступни (подлодыжечно-костный вывих)	40	
Частичная потеря ступни (срединно-предплюсневой вывих)	35	
Частичная потеря ступни (предплюсневой-плюсневой вывих)	30	
Полный паралич нижней конечности (неизлечимое нервное повреждение)	60	
Полный паралич внешнего подколенного седалищного нерва	30	
Полный паралич внутреннего подколенного седалищного нерва	20	
Полный паралич двух нервов (внешнего и внутреннего подколенного седалищного нерва)	40	
Анкилоз боковой части бедра	40	
Анкилоз колена	20	
Потеря костного вещества в боковой части или бедра или обеих костей ноги (неизлечимое состояние)	60	
Потеря костного вещества надколенной чашечки с значительным отделением фрагментов и значительным осложнением движений при вытягивании ноги	40	
Потеря костного вещества надколенной чашечки при сохранении подвижности	20	
Укорачивание нижней конечности как минимум на 5 см	30	
Укорачивание нижней конечности от 3 до 5 см	20	
Укорачивание нижней конечности от 1 до 3 см	10	
Полная ампутация всех пальцев стопы	25	
Ампутация четырех пальцев стопы, включая большой палец	20	
Полная потеря четырех пальцев стопы	10	
Полная потеря большого пальца стопы	10	
Полная потеря двух пальцев стопы	5	
Ампутация одного пальца стопы кроме большого.	3	

6. УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ

Застрахованное лицо

На основании одного Договора могут быть застрахованы 1, 2 или 3 лица - защищаемый взрослый (Гарант), Ребенок, Страхователь. Возраст Застрахованного считается как календарный год начала договора страхования минус календарный год рождения Застрахованного.

Страхователь может быть застрахован:

- Освобождение Страхователя от уплаты взносов в случае смерти в результате болезни или несчастного случая (когда Страхователь не является одновременно Гарантом).
- Освобождение Страхователя от уплаты взносов в случае Инвалидности I группы в результате болезни или несчастного случая (независимо от того, является Страхователь одновременно Гарантом или нет).

Гарант может быть застрахован:

- Смерть Гаранта:
 - В результате болезни или несчастного случая
 - В результате несчастного случая
 - В результате несчастного случая на общественном перевозчике
- Постоянная частичная потеря трудоспособности Гаранта в результате несчастного случая.
- Госпитализация Гаранта в результате болезни или несчастного случая.

Ребенок может быть застрахован от:

- Постоянной частичной потери трудоспособности в результате несчастного случая.

Срок страхования:

- Минимальный срок страхования — 10 лет
- Договор заключается:
 - Минимально - до 18-летия ребенка
 - Максимально - до 25-летия ребенка

Начало действия договора

Договор вступает в силу с 00 часов даты начала срока страхования, указанной в Договоре, но не ранее дня, следующего за днем уплаты первого страхового взноса, и действует до 24 часов даты окончания срока страхования.

Страховой взнос

Минимальный страховой взнос по Основной программе:

- 1 200 гривен в год
- 600 гривен в полгода
- 300 гривен ежеквартально
- 200 гривен ежемесячно

Размер страхового взноса зависит от:

- Размера установленной страховой суммы
- Срока действия Договора
- Периодичности уплаты взносов
- Пола, возраста и состояния здоровья Гаранта
- Рода деятельности Гаранта
- Желания клиента



Порядок уплаты страхового взноса

- В гривне, в долларах США, в евро.

В случае выбора клиентом частоты уплаты взносов чаще чем один раз в год, включается механизм рассрочки и к страховому платежу добавляется соответствующая надбавка.

- Один раз в полгода + 2%
- Ежеквартально + 4%
- Ежемесячно + 6%

Пример:

Клиент должен заплатить один раз в год страховой суммарный взнос 5 000 гривен. Но он желает платить два раза в год. Чтобы узнать сумму его полугодового взноса нужно взять 2% от 5 000 гривен, что составляет 100 гривен. Таким образом, суммарный годовой платеж необходимо увеличить на 100 гривен. Следовательно, за год человек внесет 5 100 гривен или по 2 550 гривен раз в полгода. То есть, полугодовой взнос составил 2 550 гривен.

Размер платежа рассчитывается с помощью тарификатора и указанных коэффициентов.

Дополнительный инвестиционный доход

В зависимости от результатов инвестиционной деятельности Страховщика начисляется Дополнительный инвестиционный доход (далее ДИД). Начиная с 3-го года срока действия Договора, клиент один раз в год получает официальное уведомление о величине ДИД. Начисление ДИД осуществляется путем изменения страховой суммы по Основной программе страхования при неизменной величине страховых взносов в течение срока действия Договора. Дополнительный доход подлежит выплате при наступлении страхового случая по Основной программе.

Льготный период

Если Страхователь не вносит страховую премию в указанные сроки, Договор страхования предусматривает предоставление Страхователю льготного периода продолжительностью:

- 30 дней при ежегодном внесении страховых платежей
- 20 дней при внесении страховых платежей раз в полгода
- 14 дней при ежеквартальном внесении страховых платежей
- 7 дней при ежемесячном внесении страховых платежей

Перевод Полиса в Оплаченный (Редуцирование)

Если по истечении льготного периода очередной страховой взнос не был уплачен и Страхователь не информировал в письменной форме Страховщика о желании досрочно расторгнуть Договор либо произвести технические изменения в Договоре, то:

- Страхование можно продолжить без дальнейшей уплаты страховых взносов с уменьшением страховой суммы по Основной программе (преобразование Полиса в Оплаченный полис) при условии, если результат редуцирования страховой суммы равен или превышает сумму 5 000 гривен. В этом случае Полис продолжает действие с редуцированной страховой суммой
- Преобразование Полиса в оплаченный возможно только в отношении Основной программы страхования. Действие Дополнительной программы прекращается
- Если результат редуцирования Страховой суммы меньше 5000 гривен, то Договор считается расторгнутым с даты, следующей за датой окончания льготного периода
- Страховщик выплачивает выкупную сумму, которая включает в себя начисленный дополнительный инвестиционный доход. Право на получение выкупной суммы возникает у клиента после 2-х лет действия Договора.

Досрочное прекращение действия Полиса

Досрочное прекращение действия Полиса может быть произведено в случае:

- Неуплаты очередного страхового взноса, если результат редуцирования страховой суммы меньше 5000 гривен
- Подачи Страхователем заявления на расторжение Полиса

При досрочном прекращении Полиса Страховщик выплачивает Страхователю выкупную сумму на дату расторжения Договора страхования, за вычетом подлежащих оплате Страхователем, но неоплаченных на дату окончания льготного периода взносов.

В случае смерти Страхователя, не являющегося Застрахованным, Страховщик выплачивает законным наследникам Страхователя выкупную сумму, рассчитанную на дату прекращения Договора. Если Застрахованный или другое лицо, с согласия наследников Страхователя, не примет на себя права и обязанности Страхователя по Договору страхования.

Внесение изменений в Договор страхования

- Нефинансовые изменения, допускаемые в Полисе:
 - ФИО Застрахованного, Страхователя, Выгодоприобретателя
 - Адрес, контактные данные Застрахованного, Страхователя, Выгодоприобретателя
 - Измение Выгодоприобретателей

Изменение принимается на основе заявления заполненного Страхователем.

Финансовые изменения:

- Включение и исключение дополнительных рисков
- Изменение частоты страховых платежей
- Изменение размера страховой суммы
- Индексация или отказ от нее
- Пролонгирование Договора

Изменения вступают в силу при согласии Страховщика, на основе заявления, заполненного Страхователем. Изменения оформляются Страховщиком в виде дополнительных соглашений к Договору страхования и могут быть произведены не раньше, чем на втором году страхования.

Частота внесения финансовых изменений не чаще одного раза в 6 месяцев.

Выкупная сумма

Право на выкупную сумму возникает, начиная с 3-го года срока действия Договора.

В случае расторжения Договора в течение первых 2 лет страхования выкупная сумма не выплачивается. Размер выкупной суммы на каждый последующий год срока действия Договора указан в Договоре.

Индексация

Индексация – это увеличение страховой суммы путем увеличения страховых премий. В зависимости от уровня инфляции, Страховщик может определить коэффициент индексации и предложить Страхователю проиндексировать страховую сумму и страховой взнос. Перед очередной годовщиной действия Договора страхования Страховщик высылает Страхователю по почте:

- подписанное со стороны Страховщика дополнительное соглашение с увеличенными размерами страхового взноса и страховой суммы в результате индексации
- квитанцию на оплату проиндексированного страхового взноса
- сопроводительное письмо-инструкцию, содержащее комментарии по индексации, описание порядка заключения дополнительного соглашения.



7. ПРОЦЕДУРА ЗАПОЛНЕНИЯ ЗАЯВЛЕНИЯ

- Все поля Заявления должны быть заполнены, в случае, если поле не заполнено — ставить прочерк.
- Если клиент не употребляет алкоголь и не курит, то в необходимые графы проставляются «00».
- При ответе «Так» на вопросы медицинской анкеты указать более детальные ответы в дополнении.
- В Заявлении на страхование жизни на 3-м листе подписываются Застрахованное лицо, Страхователь, Консультант. Если Страхователь и Застрахованный — одно лицо, в позиции Застрахованный ставится латинская Буква Z. В медицинской анкете подписывается лицо, которое заполнило анкету
- Каждое изменение в Заявлении на страхование жизни подписывает Страхователь и указывает дату изменения.

№	Графа	Действия
1.	«Страховальник»	Если Страхователь и Застрахованный — одно лицо, тогда позиция Застрахованный заполняется большой латинской буквой Z, если другой человек — вписать информацию о нем.
2.	«Застрахована особа (Гарант)»	Пишется ФИО застрахованного лица (Гаранта).
3.	«Дитина»	Пишется ФИО ребенка.
4.	«Чоловік /Жінка»	Нужное отметить знаком «х».
5.	«Громадянство України / інше»	Нужное отметить знаком «х».
6.	«Дата народження»	Вписать цифрами (день/месяц/год).
7.	«Ідентифікаційний код»	Вписать цифрами (всего 10 цифр).
8.	«Місце народження»	Вписать населенный пункт.
9.	«Сімейний стан»	Вписать: Одружений (Неодружений), Заміжня (Незаміжня).
10.	«Документ, що посвідчує застраховану особу»	Вписать Название, Серию, Номер, Дату выдачи и Кем выдан (паспорт).
11.	«Домашня адреса за паспортом»	Укажите адрес проживания согласно паспорта.
12.	«Місце роботи»	Вписать место работы в настоящий момент.
13.	«Посада (професія)»	Вписать должность, занимаемую в данный момент.
14.	«Службові обов'язки»	Укажите сферу деятельности.
15.	«Кореспонденцію надсилати за адресою (вирати)»	Нужное отметить знаком «х».
16.	«Вигодонабувачі»	Если Страхователь желает назначить Выгодоприобретателем Ребенка, при достижении возраста 18 лет, то необходимо поставить отметку «х» в соответствующем пункте анкеты. Если Страхователь желает, что бы выплаты получили родители (законные опекуны) Ребенка, то он оставляет раздел незаполненным. Если Страхователь желает назначить определенное лицо Выгодоприобретателем (например, одного из родителей), то он обязан вписать данные такого Выгодоприобретателя и поставить соответствующую отметку в графе.
17.	«Страхова сума, грн.»	Отметить цифрами, слева направо, округление до 2-х знаков после запятой.
18.	«Страховий внесок, грн.»	Отметить цифрами, слева направо, округление до 2-х знаков после запятой.
19.	«Періодичність внесення страхових платежів»	Нужное отметить «х».
20.	«Термін дії програми страхування та внесення страхових платежів, років»	Отметить цифрами, слева направо. Срок действия программы и срок внесения страховых платежей совпадает.
21.	«Всього Страхових внесків»	Заполняется после того, как рассчитывается Страховой взнос по рискам. Отметить цифрами, слева направо, округление до 2-х знаков после запятой.
22.	«Бажана дата початку дії Договору»	Отметить цифрами «День/Месяц/Год» (Желаемая дата должна не менее, чем на две недели превышать дату заполнения Заявления на страхование жизни).

Програма "Солнышко"



ЧЕСЬКА СТРАХОВА КОМПАНІЯ
Страхованя життя

ЗАЯВИ НА УКЛАДАННЯ ДОГОВОРІВ
ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ
№ 1000001000-0

Програма страхування «СОНЕЧКО»

Увага! Заяву заповнювати синьою або чорною кульковою ручкою, кожну зміну в заяві підписує Страховальник та вказує дату зміни

ДЛЯ КОМПАНІЇ

1. СТРАХУВАЛЬНИК

П.І.Б. **КОНДРАЧУК АНАСТАСІЯ ЛЕОНІДІВНА**

Сім'яний стан **НЕОДРУЖЕНА** Місце народження **М. КИЇВ**

Дата народження **28 01 1978** Ідентифікаційний номер **2642256844** Жінка Чоловік

Громадянство України Інше

Документ, що посвідчує особу

Назва документу **ПАСПОРТ**

Серія **СА № 394504** Коли виданий **15 08 1997**

Ким виданий **ШЕВЧЕНКІВСЬКИМ РУГУ МВС УКРАЇНИ**
У М. КИЄВІ

Адреса реєстрації

Країна **УКРАЇНА** Поштовий індекс **02223**

Населений пункт **М. КИЇВ**

Район _____ Область _____

Вулиця **СТРОКАЧА**

№ будинку **10** № квартири **54**

Тел. **4912564** Моб. тел. **80636789277**

Е-mail _____

Місце роботи

Назва (повна) **АВТОСАЛОН "НІКО"**

Адреса **М. КИЇВ пр. МОСКОВСЬКИЙ, 26**

Посада (професія) **КОНСУЛЬТАНТ-ПРОДАВЕЦЬ**

Службові обов'язки _____

Є одним із батьків Відношення до Дитини **ТЬОТЯ**

2. КОРЕСПОНДЕНЦІЮ НАДСИЛАТИ ЗА АДРЕСОЮ

Застрахованій особі (Гаранта) чи Страховальника За іншою адресою

Місця роботи чи Адресою за паспортом

3. ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА (ГАРАНТ)

(Згадується, якщо Застрахована особа (ГАРАНТ) та Страховальник є різними особами)

П.І.Б. **ШЕВЧЕНКО ОЛЕКСАНДР ВАСИЛЬОВИЧ**

Сім'яний стан **ОДРУЖЕНИЙ** Місце народження **М. КИЇВ**

Дата народження **23 02 1970** Ідентифікаційний номер **2326588956** Жінка Чоловік

Громадянство України Інше

Документ, що посвідчує особу

Назва документу **ПАСПОРТ**

Серія **СВ № 408674** Коли виданий **05 06 1989**

Ким виданий **ДЕСНЯНСЬКИМ РУГУ МВС УКРАЇНИ**
У М. КИЄВІ

Адреса реєстрації

Країна **УКРАЇНА** Поштовий індекс **07047**

Населений пункт **М. КИЇВ**

Район _____ Область _____

Вулиця **СОБУРОВА**

№ будинку **37** № квартири **119**

Тел. **4564748** Моб. тел. **80976340566**

Е-mail _____

Місце роботи

Назва (повна) **ТОВ "АЛЬТА"**

Адреса **М. КИЇВ ВУЛ. ЧЕРВОНИХ КАЗАКІВ, 5**

Посада (професія) **ГОЛОВНИЙ БУХГАЛТЕР**

Службові обов'язки _____

Є одним із батьків Відношення до Дитини



Зразки написання цифр, позначень та букв 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 X
А а В в Г г Д д Е е Є є Ж ж З з И и І і Й й К к Л л М м Н н О о П п Р р С с Т т У у Ф ф Х х Ц ц Ч ч Ш ш Щ щ Ъ ъ Ю ю Я я

4. ДИТИНА

П.І.Б. **ШЕВЧЕНКО ДАР'Я ОЛЕКСАНДРІВНА**
 Місце народження **М. КИЇВ** Дата народження **16 01 2000** Хлопчик Дівчинка
 Документ, що посвідчує Дитину
 Назва документа **СВІДОЦТВО ПРО НАРОДЖЕННЯ**
 Серія **ЕГ № 096350** Коли виданий **17 01 2000**
 Ким виданий **ДЕСНЯНСЬКИМ РУГУ МВС УКРАЇНИ**
У М. КЦЕВІ

Дані одного із Батьків (Опікунів) Застрахованої Дитини
 (Заповнювати, якщо особа не є Застрахованою особою (Гарантом) або Страхувальником)

П.І.Б. _____
 Дата народження _____ Ідентифікаційний номер _____

5. ВИГОДОНАБУВАЧІ

Якщо на дату настання страхової події за ризиками "Смерть Застрахованої особи (Гарант) в результаті Нещасного випадку чи Хвороби", "Смерть в результаті Нещасного випадку", "Смерть в результаті Нещасного випадку на загальному перевізнику" Дитина не досягла 18 років, виплату здійснювати:

Вигодонабувачу Дитині, після досягнення нею 18 років

Вигодонабувач
 П.І.Б. _____
 Дата народження _____ Ідентифікаційний номер _____
 Адреса _____

6. СТРАХУВАННЯ

Періодичність внесення страхових платежів: Термін дії програми страхування і внесення страхових платежів, років **18** Код програми страхування _____
 щомісячно щоквартально Не здійснювати Індексацію по Договору добровільного страхування життя Валюта страхування EUR USA UAH
 2 рази на рік щорічно Бажана дата початку дії договору **15 04 2007**

Основні ризики страхування	Страхова сума	Страховий платіж
<input checked="" type="checkbox"/> Дожиття чи Смерть Застрахованої особи (Гаранта) в результаті Нещасного випадку або Хвороби з виплатою в кінці терміну дії Програми (Гарантоване страхування)	10000000	1 4788 00
<input type="checkbox"/> Смерть Застрахованої особи (Гаранта) в результаті Нещасного випадку або Хвороби		2
Додаткові ризики страхування для Застрахованої особи (Гаранта)		
<input checked="" type="checkbox"/> Смерть в результаті Нещасного випадку	5000000	3 130 00
<input checked="" type="checkbox"/> Смерть в результаті Нещасного випадку на загальному перевізнику	5000000	4 35 00
<input type="checkbox"/> Постійна часткова втрата працездатності в результаті Нещасного випадку		5
<input checked="" type="checkbox"/> Тимчасова часткова втрата працездатності в результаті Нещасного випадку або Хвороби (Госпіталізація) з виплатою 0,2% від страхової суми	6000000	6 1080 00
Додаткові ризики страхування для ДИТИНИ		
<input checked="" type="checkbox"/> Постійна часткова втрата працездатності в результаті Нещасного випадку	6000000	7 138 00
Всього (Сума рядків з 1 по 7)		8 6171 00
Додаткові опції для Страхувальника		
<input checked="" type="checkbox"/> Звільнення від сплати страхових внесків у разі Інвалідності 1 групи		9 246 84
<input type="checkbox"/> Звільнення від сплати страхових внесків у разі Смерті в результаті Нещасного випадку або Хвороби (якщо Страхувальник не є Гарантом)		10
Всього (Сума рядків з 9 по 10)		11 246 84
Всього до сплати (8 + 11)		6417 84

по Основним, Додатковим ризикам страхування та Додатковим опціям

7. ДЕКЛАРАЦІЯ

Цим підтверджую, що вся інформація, наведена в цій Заяві на укладання Договору добровільного страхування життя та відомостях про застраховану особу, надана мною добровільно, є повною та достовірною, виходячи з моїх знань.

Я розумію, що я повинен(на) повідомити ЗАТ "Чеська страхова компанія Україна - Страхування життя" про всі зміни роду моєї діяльності протягом терміну дії Договору добровільного страхування життя.

Я надаю ЗАТ "Чеська страхова компанія Україна - Страхування життя" право отримувати інформацію від будь-яких лікарів та медичних установ, які коли небудуть лікували мене або до яких я звертався(лася), або від будь-яких страхових компаній, в якій я робив(ла) запити щодо мого страхування.

Якщо відповіді написані не моєю рукою, підтверджую, що я їх завірив(ла) і вони відповідають дійсності.

Я згоден(на), що вся інформація, наведена в цій Заяві на укладання Договору добровільного страхування життя та відомості про застраховану особу, буде основою Договору добровільного страхування життя, та якщо буде виявлено навмисне викривлення або приховування інформації, що впливає на прийняття рішення про мое страхування, то ЗАТ "Чеська страхова компанія Україна - Страхування життя" буде мати право розірвати укладений Договір добровільного страхування життя.

Я розумію, що підписання з мого боку цієї Заяви не означає укладання Договору добровільного страхування життя. Я згоден(на) з тим, що Договір добровільного страхування життя набере чинності тільки після сплати мною страхового внеску в повному обсязі та у відповідності з рішенням ЗАТ "Чеська страхова компанія Україна - Страхування життя" про умови прийняття на страхування, починаючи з дати, що буде зазначена в Договорі добровільного страхування життя. Я розумію, що факт укладання Договору добровільного страхування життя посвідчується страховим полісом, який буде надано мені тільки після сплати мною страхового внеску в повному обсязі.

Я ознайомлений(на) з Правилами добровільного страхування життя з додатковими ризиками ЗАТ "Чеська страхова компанія Україна - Страхування життя" та умовами Програми страхування і погоджуюся з ними.

Підписано в м.

КИЄВІ

Дата підписання

05 03 2007
д д м м р р р р

З декларацією згоден(на)
Застрахованою особою бути згоден(на)
Застрахована особа:



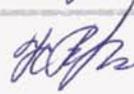

З декларацією згоден(на)
Підтверджую отримання Копії даної Заяви
Страховальник:




Підпис одного із батьків
(опікунів) ДИТИНИ:




Консультант




Консультант

ЗАТ "Чеська страхова компанія Україна - Страхування життя" гарантує конфіденційність наданої інформації.



ЗАЯВА на здійснення платежу	
Платник: П.І.Б фізичної особи або назва юридичної особи	КОНДРАЧУК АНАСТАСІЯ ЛЕОНІДІВНА
Загальна сума Сума прописом	6417 грн. 84 коп. Шість тисяч чотирьохсот сімдесят чотири копійки
Одержувач: Назва одержувача Код ЄДРПОУ Рахунок одержувача Банк одержувача МФО банку одержувача	ЗАТ «Чеська страхова компанія Україна – Страхування життя» 33783296 2650907785767 Київська регіональна дирекція ВАТ "Райффайзен Банк Аваль" 322904
Призначення платежу: Номер заяви	1000001000 - 0
П.І.Б. платника	КОНДРАЧУК АНАСТАСІЯ ЛЕОНІДІВНА
Доповнення	страховий платіж за договором добровільного страхування життя, без ПДВ
Інформація про платника: Адреса постійного проживання	м. КИЇВ ВУЛ. СТРОКАЧА БУД. 10 КВ. 564
Контактний телефон	80636789277
05.03.2007 А Д К М Р Р Р Р (Дата)	 (Особистий підпис платника)

5410/2



**ЧЕСЬКА СТРАХОВА
КОМПАНІЯ**

Страхування життя

МЕДИЧНА АНКЕТА

ДО ЗАЯВИ НА УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ
№ 10000001000 Від 05 03 2007
Д Д М М Р Р Р Р

Увага! Медичну анкету заповнювати друкованими літерами, синьою або чорною кульковою ручкою

1. ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА СТРАХУВАЛЬНИК

П.І.Б. **ШЕВЧЕНКО ОЛЕКСАНДР ВАСИЛЬОВИЧ**
Зріст **182** см. Вага **85** кг. Артеріальний тиск **110/80** мм.рт.ст. Кількість цигарок **10** в день
Чи носите ви окуляри? так ні Якщо «так», вкажіть однієї діоптрії
Вживання алкоголю (вид та кількість за тиждень в літрах): Пиво **1** Вино Міцні напої (>40)

2. ІНФОРМАЦІЯ ПРО СТАН ЗДОРОВ'Я

У разі відповіді "так" на запитання, наведені в даному розділі, більш детальні відповіді вказувати в Розділі 3 Детальна інформація про стан здоров'я

	Особа, що заповнює анкету
1 Чи маєте Ви поліс або чи подавали Ви заяву на страхування життя або страхування від нещасного випадку чи критичного захворювання?	так <input checked="" type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>
2 Чи пов'язані Ваша професія або хобі з підвищеним ризиком, чи подорожуєте Ви в екологічно небезпечні зони, місця збройних конфліктів та військових дій?	так <input checked="" type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>
3 Чи займаєтесь Ви наступними видами спорту: авто -, мотоспорт, кінний спорт, повітряні види спорту, альпінізм, підводне плавання та пірнання, бойові єдиноборства, боротьба, стрільба, іншими?	так <input checked="" type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>
4 Чи знаходитеся Ви зараз на лікарняному або в процесі лікування захворювання або нещасного випадку?	так <input checked="" type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>
ЧИ ВИ МАЄТЕ АБО МАЛИ	
5 Захворювання серцево - судинної системи (ішемічна, гіпертонічна хвороби, серцеві пороки, судинні захворювання, ревматизм, дефекти серцевого ритму, емболія, тромбоз)?	так <input checked="" type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>
6 Підвищений кров'яний тиск, захворювання судин або порушення кровообігу?	так <input checked="" type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>
7 Захворювання дихальної системи (астма, бронхіт, пневмонія, туберкульоз та ін.)?	так <input checked="" type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>
8 Хвороби органів травлення (виразкова хвороба, захворювання печінки, підшлункової залози, стравоходу, шлунку, кишечника, прямої кишки)?	<input checked="" type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>
9 Хвороби сечостатевої системи (сечокам'яна хвороба, захворювання нирок, простати, венеричні хвороби)?	так <input checked="" type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>
Питання до жінок:	
10.1 Хвороби грудної залози, молочної залози, матки, яєчника?	так <input checked="" type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>
10.2 Чи вагітні Ви зараз?	так <input checked="" type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>
10.2 Чи були у Вас ускладнення у випадку вагітності?	так <input checked="" type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>
11 Захворювання ендокринних органів (діабет, хвороби щитовидної залози, підвищений рівень жирності у крові, подагра, захворювання крові, лімфатичних вузлів, дефект імунітету)?	<input checked="" type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>
12 Хвороби вуха, горла, носа, очей (сліпота, глухота, глухонімота, зниження слуху; короткозорість чи далекозорість - більше 6 діоптрій та ін.)?	так <input checked="" type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>
13 Нервові або психічні захворювання (епілепсія, тимчасова втрата свідомості, параліч, апоплексичний удар (судинний), розсіяний склероз та ін.)?	так <input checked="" type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>
14 Захворювання м'язово - скелетної системи (артрит, патологічні переломи, біль у хребті)?	так <input checked="" type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>
15 Захворювання крові, рак, пухлини (доброякісні, злоякісні)?	так <input checked="" type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>
16 Захворювання шкіри, екзема, лускатий лишай, варікоз вен?	так <input checked="" type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>
17 Чи ставався з Вами нещасний випадок, який мав сталі наслідки?	так <input checked="" type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>
18 Чи проводилося Вам оперативне лікування (крім видалення апендициту)?	так <input checked="" type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>
19 Чи проходили Ви лікування від алкоголізму, наркоманії, токсикоманії або з приводу психічних розладів, ігроманії (лудоманії)?	так <input checked="" type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>
20 Чи були позитивні результати внаслідок обстеження на вірус СНІД, вірусних гепатитів?	так <input checked="" type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>
21 Чи страждали Ваші батьки, брати або сестри (живі або ті, що померли у віці до 60-ти років) від діабету, пухлин, інсульту, захворювань серця, нирок, підвищеного тиску, психічних та інших спадкових хвороб?	так <input checked="" type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>
22 Чи отримуєте Ви пенсію за інвалідністю?	так <input checked="" type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>
23 Чи проходите Ви на даний момент процедуру встановлення інвалідності?	так <input checked="" type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>

Якщо у розділі 2 були позитивні відповіді, вкажіть в Розділі 3 Детальна інформація про стан здоров'я детальніше необхідну інформацію (про перебіг хвороб, висновків лікарів, тривалість лікування, адреси медичних установ, в яких Ви лікувались, прізвища та адреси лікарів та ін.)

Підпис особи,
що заповнила анкету

ЗАТ «Чеська страхова компанія Україна - Страхування життя» гарантує конфіденційність наданої інформації.

Заповнюється працівником страхової компанії

Договір добровільного страхування життя

Від Д Д М М Р Р Р Р

515/2

ЗАТ «Чеська страхова компанія Україна - Страхування життя», Московський проспект, буд.9, тел. 8(044)200-0-217, факс 8(044)200-0-215, office@czins.com.ua



Зразки написання цифр, позначень та букв 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 X

A a B b V v Г г Г' г' Д д Е е Є є Ж ж З з И и І і І' і' Й й К к Л л М м Н н О о П п Р р С с Т т У у Ф ф Х х Ц ц Ч ч Ш ш Щ щ Ъ ъ Ю ю Я я

3. ДЕТАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ ПРО СТАН ЗДОРОВ'Я

Якщо у розділі 2 були позитивні відповіді, вкажіть в цьому розділі детальніше необхідну інформацію (про перебіг хвороб, висновків лікарів, тривалість лікування, адреси медичних установ, в яких Ви лікувались, прізвища та адреси лікарів та ін.)

- 1) В 1992 році лікарі поставили гастрит, але загострення не було. На сьогодні хвороба не прогресує.
- 2) У 1990 році проходила лікування цитомегалічної залоги. Хвороба більше не прогресувала.

[Handwritten signature in blue ink, consisting of a large loop and a long horizontal stroke.]

Підпис особи,
що заповнила анкету

Дополнительные вопросы, на которые необходимо ответить при ответе “Да” на соответствующий вопрос медицинской анкеты.

Номер вопроса в Анкете	Дополнительные вопросы
1	Укажите название страховой компании. Вид страхования, Страховая сумма, Срок страхования.
2	Укажите характер профессиональной деятельности. Перечислите Ваши основные обязанности. Как часто Вы подвергаетесь опасности?
2	Перечислите опасные зоны, в которых Вы бываете. Род ваших занятий при нахождении в таких зонах. Как часто Вы ездите или намереваетесь ездить в опасные зоны?
3	Укажите вид спорта и на каком уровне вы им занимаетесь (на профессиональном или любительском)? Как часто занимаетесь? Участвуете ли в соревнованиях?
4	Укажите дату и обстоятельства Несчастного случая (травмы). Какой диагноз Вам был поставлен? Была ли госпитализация? (Если да, укажите период). Были ли осложнения? Если да, укажите диагноз, какое проводилось лечение и проходите ли Вы лечение в настоящее время. Укажите диагноз, если поставлен, если нет - укажите симптомы.
5 - 20	Укажите диагноз и дату его постановки. На основании каких исследований, анализов был поставлен диагноз? Укажите, какое лечение проводилось и его продолжительность. Была ли госпитализация? Если да, укажите период. Проводилось ли хирургическое вмешательство? Если да, то укажите, какая была проведена операция и когда. Страдаете ли Вы этим заболеванием в настоящее время? Если да, то укажите симптомы.
5 - 6	Укажите цифры “рабочего” и максимального артериального давления.
20	Когда вы последний раз сдавали кровь на анализ? Какие результаты?
21	Укажите дату рождения и степень родства Вашего родственника. Какой диагноз и когда ему был поставлен? Если произошла Смерть, то укажите когда и по какой причине.
22 - 23	Какая группа Вам была присвоена и когда? На основании какого диагноза? Есть ли право на трудовую деятельность? Если да, то какие даны рекомендации по условиям труда?

Если Застрахованный страдает сахарным диабетом, необходимо дополнительно указать:

I.	А) Тип сахарного диабета (I / II , инсулинозависимый / инсулинонезависимый). Дату установления диагноза.
	Б) Как часто Вы проверяете кровь на сахар, сдаете анализы крови и мочи?
	В) Дату и результат последнего анализа крови на гликозилированный гемоглобин (Hb A1c)
	Г) Дату и результат последнего анализа мочи (наличие сахара и белка)
	Д) Отмечалось ли ухудшение зрения? Ставился ли когда-нибудь диагноз “ретинопатия”, “ангиопатия”, “нейропатия”?
	Е) Возникла ли диабетическая кома, иные осложнения - со стороны конечностей, сердца, почек, нервной системы (следует перечислить диагнозы)?

Если Застрахованный страдает бронхиальной астмой, необходимо дополнительно:

II.	А) Указать полный диагноз и дату его установления.
	Б) Указать, как часто возникают приступы, чем провоцируются, чем снимаются.
	В) Указать принимаемые лекарственные препараты (название, дозировку, способ применения ингалятора, таблетки)
	Г) Указать максимальный период нетрудоспособности по поводу астмы за последние два года.
	Д) Приложить к Заявлению / медицинской анкете результат последнего исследования функции внешнего дыхания.