

*Пакет страховых  
программ «Инвестор»*



## Характеристики пакета страховых программ «Инвестор»



- Дожитие с возвратом взносов в случае смерти
- Смерть независимо от причины
- Смерть в результате несчастного случая
- Смерть в результате ДТП
- Смерть в результате авиа- или ж/д катастрофы
- Инвалидность в результате несчастного случая
- Инвалидность по любой причине

## Характеристики пакета страховых программ «Инвестор»

**Возраст  
Инвестора**

**Возраст Страхователя – от 18 до 65 лет  
Возраст Застрахованного – от 16 до 60 лет**

**Срок  
Инвестирования**

**От 5 до 25 лет**

**Периодичность  
оплаты**

**Раз в полгода, раз в год, единоразово.**

**Валюта**

**Гривна**

# Преимущества пакета страховых программ «Инвестор»

**Удобная форма  
инвестиции**

Доступ к трём фондам:

**Стабильный Гарантированный**

**Сбалансированный Гарантированный**

**Акции Гарантированный**

**Диверсификация  
портфеля**

Возможность подбора портфеля фондов.

**Безопасность**

Присутствие гарантированного дохода

**Гибкость**

Возможность выбора уровня покрытия по программе «Смерть по любой причине (1%, 50%, 100%, 200%)

# Как работать с ГИДОМ Инвестора

**1-ый Шаг**

**Ознакомление с идеей  
инвестирования**

**2-ой Шаг**

**Заполнение анкеты, определение профиля  
Инвестора**

**3-ий Шаг**

**Создание портфеля фондов, который  
отвечает Вашим потребностям**

## Выплаты по пакету страховых программ «Инвестор»

*В случае дожития Застрахованного до окончания действия договора страхования:*

**Застрахованному**

**100% Страховой Суммы  
+ Доход**

*В случае смерти Застрахованного в течение срока действия договора по любой причине:*

**Выгодоприобретателю**

**от 1% до 200% Страховой Суммы по  
программе «Смерть независимо от причины»  
+ 100% уплаченных взносов по программе  
«Дожитие с возвратом взносов в случае  
смерти»  
+ Доход**

## Выплаты по пакету страховых программ «Инвестор»

*В случае смерти Застрахованного в течение срока действия договора в результате н/с:*

**Выгодоприобретателю**

**100%** Страховой Суммы по программе «Смерть в результате н/с»

**+ от 1% до 200%** Страховой Суммы по программе «Смерть независимо от причины»

**+ 100%** уплаченных взносов по программе «Дожитие с возвратом взносов в случае смерти»

**+ Доход**

## Выплаты по пакету страховых программ «Инвестор»

*В случае смерти Застрахованного в течение срока действия договора в результате ДТП:*

**Выгодоприобретателю**

- 100%** Страховой Суммы по программе «Смерть в результате ДТП»
- + 100%** Страховой Суммы по программе «Смерть в результате н/с»
- + от 1% до 200%** Страховой Суммы по программе «Смерть независимо от причины»
- + 100%** уплаченных взносов по программе «Дожитие с возвратом взносов в случае смерти»
- + Доход**



## Выплаты по пакету страховых программ «Инвестор»

*В случае смерти Застрахованного в течение срока действия договора в результате авиа или ж/д катастрофы:*

**Выгодоприобретателю**

**100%** Страховой Суммы по программе «Смерть в результате авиа или ж/д катастрофы»

**+ 100%** Страховой Суммы по программе «Смерть в результате н/с»

**+ от 1% до 200%** Страховой Суммы по программе «Смерть независимо от причины»

**+ 100%** уплаченных взносов по программе «Дожитие с возвратом взносов в случае смерти»

**+ Доход**

## Пример по пакету страховых программ «Инвестор»

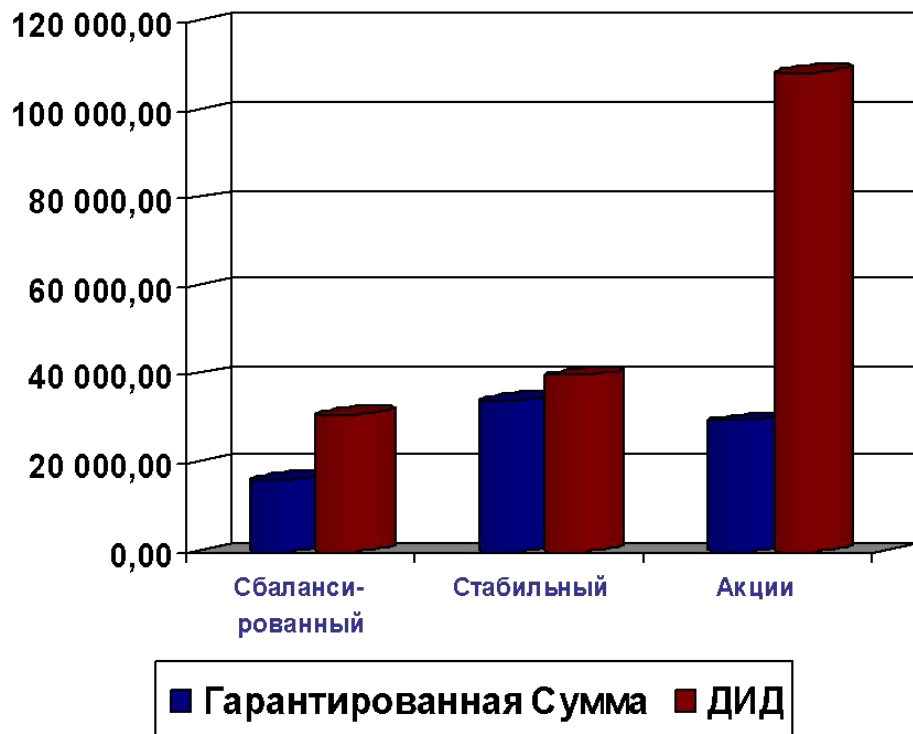
Застрахованное Лицо: Иванов Сергей – 35 лет  
Ежегодный взнос – 3 000 грн.  
Срок страхования: 25 лет

### ПАКЕТ СТРАХОВЫХ ПРОГРАММ «Инвестор» Вариант диверсификации:

- **Стабильный Гарантированный** 30%
- **Сбалансированный Гарантированный** 20%
- **Акции Гарантированный** 50%



## Пример по пакету страховых программ «Инвестор»



СС по программе «Дожитие с возвратом взносов в случае смерти» + ДИД - **179 517,91 грн.**

СС по программе «Дожитие с возвратом взносов в случае смерти» - **80 108,71 грн.**

СС «Смерть независимо от причины» - **750 грн.**

СС по программе «Смерть в результате н/с» - **75 000 грн.**

## Документы по пакету страховых программ «Инвестор»

- Оригинал Заявления на страхование жизни
- Квитанция на оплату страховой премии (копия)
- Копия о присвоении идентификационного кода
- Копия трех страниц паспорта (1-я, 2-я и страница с пропиской)

## Три основных правила приёма заявления по пакету страховых программ «Инвестор»

- Подписи Застрахованного, Страхователя, Консультанта
- Полный пакет документов
- Все исправления должны быть датированы и заверены подписями Клиента и Консультанта.

## СТРАХУВАЛЬНИК

|  |                                    |   |  |                                    |   |
|--|------------------------------------|---|--|------------------------------------|---|
| Прізвище                                   | <b>ІВАНОВ</b>                      | Ім'я  | <b>Сергей</b>  | По батькові                        | <b>Андреевич</b>                                |
| Паспорт серія №                            | <b>ВА 356410</b>                   | Дата видачі:  | <b>20.03.1990</b>  | Ким виданий:                       | <b>Святошинським РУГУ<br/>України в м. Київ</b> |
| Дата народження:                           | <b>06.02.1973</b>                  | Стать<br>Чол. <input checked="" type="checkbox"/> Жін. <input type="checkbox"/> | Сімейний стан:<br><input checked="" type="checkbox"/> Одружений/на <input type="checkbox"/> Неодружений/на | Відношення до Застрахованої особи: | Ідентифікаційний код:<br><b>3099718203</b>      |
| Місце роботи:                              | <b>ТОВ "Автобаза"</b>              |   |  | Службові обов'язки:                | <b>Зам. директора</b>                           |
| Місце фактичного проживання:               |                                    |   |  |                                    |   |
| Поштовий індекс:                           | <b>04050</b>                       | Країна  | <b>Україна</b>   | Місто                              | <b>Київ</b>                                     |
| Вулиця, будинок, квартира                  | <b>вул. Святошинська 10, кв.36</b> |   |  |                                    | Область   |
|  |                                    |   |  |                                    | Район   |
| Вулиця, будинок, квартира                  |                                    |   |  |                                    | Телефон: <b>206-40-50</b>                       |
| Місце реєстрації (якщо інше ніж фактичне): |                                    |   |  |                                    |   |
| Поштовий індекс:                           |                                    | Країна  |  | Місто                              |   |
| Вулиця, будинок, квартира                  |                                    |   |  |                                    | Область   |
|  |                                    |   |  |                                    | Район   |
| Вулиця, будинок, квартира                  |                                    |   |  |                                    | Телефон:  |

## ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА (заповнюється, якщо інша, ніж Страхувальник)

|  |  |  |   |                     |                       |
|--|--|--|---|---------------------|-----------------------|
| Прізвище                                   |  | Ім'я   |   | По батькові         |                       |
| Паспорт серія №                            |  | Дата видачі:   |   | Ким виданий:        |                       |
| Дата народження:                           |  | Стать<br>Чол. <input type="checkbox"/> Жін. <input type="checkbox"/> | Сімейний стан:<br><input type="checkbox"/> Одружений/на <input type="checkbox"/> Неодружений/на |                     | Ідентифікаційний код: |
| Місце роботи:                              |  |  |   | Службові обов'язки: |                       |
| Місце фактичного проживання:               |  |  |   |                     |                       |
| Поштовий індекс:                           |  | Країна   |   | Місто               |                       |
| Вулиця, будинок, квартира                  |  |  |   |                     | Область               |
|  |  |  |   |                     | Район                 |
| Вулиця, будинок, квартира                  |  |  |   |                     | Телефон:              |
| Місце реєстрації (якщо інше ніж фактичне): |  |  |   |                     |                       |
| Поштовий індекс:                           |  | Країна   |   | Місто               |                       |
| Вулиця, будинок, квартира                  |  |  |   |                     | Область               |
|  |  |  |   |                     | Район                 |
| Вулиця, будинок, квартира                  |  |  |   |                     | Телефон:              |

## ВИГОДОНАБУВАЧІ (якщо не заповнено - спадкоємці за законом)

|   | Паспортні дані   | Дата народження | Родинні відносини із застрахованим | Частка страхової суми (%) |
|---|------------------|-----------------|------------------------------------|---------------------------|
| на випадок дожиття <input type="checkbox"/> на випадок смерті <input checked="" type="checkbox"/> |                  |                 |                                    |                           |
| П.І.Б. <b>Іванова Марія Петрівна</b>  | <b>ВМ 665403</b> | <b>30.03.92</b> | <b>дружина</b>                     | <b>100%</b>               |
| Адреса <b>м. Київ, вул. Святошинська 10, 36</b>   |                  |                 |                                    |                           |

# СТРАХУВАННЯ

|   |  |  |  |  |   |  |
|---|--|--|--|--|---|--|
| Пакет страхових продуктів ІНВЕТОР*  |  |  | Строк страхування <b>25</b> років  |  | Валюта страхування - гривня                       |  |
| Страхові ризики за програмами правил добровільного страхування життя ЗАТ «Ренесанс Життя» |  |  |  |  |   |  |
| Страхові ризики   |  |  | Страхова сума  | Страховий внесок**                               |   |  |
| <input checked="" type="checkbox"/>   | Смерть незалежно від причини<br>(Базова страхова сума) | <input checked="" type="checkbox"/> 1%<br><input type="checkbox"/> 50%<br><input type="checkbox"/> 100%<br><input type="checkbox"/> 200% | <b>750,00</b>  | <b>3 000</b>                                     | Дожиття з поверненням внесків у випадку смерті*** |  |
|   |  |  | <input checked="" type="checkbox"/> Стабільний Гарантований <b>30</b> %    |  |   |  |
|   |  |  | <input checked="" type="checkbox"/> Збалансований Гарантований <b>20</b> % |  |   |  |
|   |  |  | <input checked="" type="checkbox"/> Акції Гарантований <b>50</b> %         |  |   |  |
| <input checked="" type="checkbox"/>   | Смерть внаслідок нещасного випадку                     | 100%   | <b>75000,00</b>  |  | Періодичність сплати страхових внесків            |  |
| <input type="checkbox"/>  | Смерть внаслідок ДТП                                   | 100%   |  |  | 2 рази на рік <input type="checkbox"/>            |  |
| <input type="checkbox"/>  | Смерть внаслідок авіа- або залізничної катастрофи      | 100%   |  | 1 раз на рік <input checked="" type="checkbox"/> |   |  |
| <input type="checkbox"/>  | Інвалідність внаслідок нещасного випадку               |  |  | Одноразово <input type="checkbox"/>              |   |  |
| <input type="checkbox"/>  | Інвалідність незалежно від причин                      |  |  |  |   |  |
| Загальний розмір страхової премії:  |  |  | <b>3 000</b>   |  |   |  |

\* Пакет страхових продуктів Інвестор включає пакет страхових програм «Ренесанс Захист» та «Інвестиції»

\*\* Страховий внесок зазначений сумарно для пакету страхових продуктів Інвестор, при цьому розмір страхових внесків за пакетом страхових програм «Ренесанс Захист» визначається відповідно до обраних Страхових Сум

\*\*\* Залишок загального страхового внеску розподіляється у пропорціях відповідно до обраних відсотків за пакетом страхових програм «Інвестиції».

Фактичний розмір Страхової Суми, Страхової премії за пакетом страхових продуктів Інвестор буде визначений в Страхових полісах.



| ЗАПИТАННЯ ДО ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ (заповнюється разом із страховим консультантом) |  | Страховальник |                                     |    |                                     |
|--|--|---------------|-------------------------------------|----|-------------------------------------|
| 1  | Вкажіть, будь-ласка, Ваш зріст <u>175</u> см; Вага <u>68</u> кг; Артеріальний тиск <u>120/80</u> мм.рт.ст.   |               |                                     |    |                                     |
| 2  | Чи була у Вас зміна ваги протягом останнього року? Вкажіть максимальне та мінімальне значення.   | Так           | <input type="checkbox"/>            | Ні | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3  | Чи вживаєте Ви алкогольні напої? Якщо так, то вкажіть вид алкогольного напою та кількість в літрах на тиждень. Вид алкогольного напою _____ кількість в літрах на тиждень _____ л.   | Так           | <input type="checkbox"/>            | Ні | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4  | Чи палите або палили Ви? Якщо так, вкажіть впродовж якого часу та кількість цигарок на добу.   | Так           | <input type="checkbox"/>            | Ні | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5  | Чи вживаєте або вживали наркотики, токсичні, психотропні речовини з метою токсичного оп'яніння, страждали або страждаєте на алкоголізм і перебували або перебуваєте через будь-яку із вказаних причин на диспансерному обліку або зверталися до лікарів?   | Так           | <input type="checkbox"/>            | Ні | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6  | Чи зверталися Ви або плануєте звернутися до представників нетрадиційної медицини? Коли та з якої причини?  | Так           | <input type="checkbox"/>            | Ні | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 7  | Чи вагітні Ви? Якщо так, вкажіть котра вагітність, строк та перебіг вагітності.  | Так           | <input type="checkbox"/>            | Ні | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 8  | Чи проходитье Ви зараз або плануєте пройти медичне обстеження (в т.ч. гінекологічне, кардіологічне, обстеження рентгеном?)   | Так           | <input type="checkbox"/>            | Ні | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 9  | Чи рекомендована Вам хірургічна операція?  | Так           | <input type="checkbox"/>            | Ні | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10   | Чи перебуваєте Ви на обліку хворих на: ВІЛ/СНІД, венеричні захворювання, гепатит В або С?  | Так           | <input type="checkbox"/>            | Ні | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 11   | Чи були Ви звільнені від загального військового обов'язку або комісовані з армії за станом здоров'я?   | Так           | <input type="checkbox"/>            | Ні | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 12   | За останні 5 років чи хворіли Ви та/або втрачали працездатність на строк 2 тижні і більше?   | Так           | <input type="checkbox"/>            | Ні | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 13   | За останні 5 років чи відмічалися у Вас або були діагностовані відхилення від нормальних показників кров'яного тиску, результатів аналізів крові, сечі, даних електрокардіограми або рентгену? Якщо так, опишіть детально.   | Так           | <input type="checkbox"/>            | Ні | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 14   | Чи було Вам коли-небудь рекомендовано скоротити вживання алкоголю та/або тютюну, скинути або набрати вагу? Якщо так, опишіть детально.   | Так           | <input type="checkbox"/>            | Ні | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 15   | Чи присвоєна Вам група інвалідності або чи є у Вас підстави на її отримання в зв'язку зі станом здоров'я? Якщо так, вкажіть групу.   | Так           | <input type="checkbox"/>            | Ні | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 16   | Чи були Ви пов'язані з радіоактивними матеріалами, чи отримували понаднормові дози опромінення? Чи брали Ви участь у ліквідації аварії на ЧАЕС? Якщо так, вкажіть категорію.   | Так           | <input type="checkbox"/>            | Ні | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 17   | Чи страждав хтось із Ваших родичів на такі захворювання: цукровий діабет, рак, хвороби серця, печінки, психічні розлади, спадкові захворювання?  | Так           | <input type="checkbox"/>            | Ні | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 18   | Чи помер хтось з Ваших найближчих родичів (батьки, брати, сестри, діти) у віці до 60-ти років? Якщо так, вкажіть причину смерті.   | Так           | <input type="checkbox"/>            | Ні | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 19   | Чи маєте Ви або коли-небудь мали захворювання або розлади наступних органів та систем організму: нервової системи та/або психічні розлади; дихальної системи; серцево-судинної системи; опорно-рухового апарату (хребет, кістки, м'язи); шлунково-кишкового тракту; хвороби статевий та сечовивідної систем; залоз внутрішньої секреції; хвороби кровоносної, лімфатичної, ендокринної систем; хвороби вуха, горла, носа, печінки, селезінки, нирок; інфекційні захворювання; вроджені вади або вади розвитку? Якщо так, вкажіть діагноз, дату встановлення, лікування та стан на теперішній момент. | Так           | <input type="checkbox"/>            | Ні | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 20   | Чи є у Вас порушення зору? Якщо так, вкажіть кількість діоптрій.   | Так           | <input type="checkbox"/>            | Ні | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 21   | Чи були або є у Вас злоякісні або доброякісні пухлини, екземи? Чи проходили Ви курс променевої або хіміотерапії?   | Так           | <input type="checkbox"/>            | Ні | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 22   | Чи були Ви коли-небудь прооперовані, госпіталізовані, перенесли травму? Якщо так, вкажіть подробиці (рік, діагноз і т.д.).   | Так           | <input type="checkbox"/>            | Ні | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 23   | Чи маєте Ви інші захворювання або їх ознаки, що не були вказані вище? Якщо так, опишіть детально.  | Так           | <input type="checkbox"/>            | Ні | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 24   | Чи займаєтесь Ви спортом? Якщо так, вкажіть детально: вид спорту, кількість занять на тиждень, професійно чи оздоровче (якщо Ви зареєстрований спортсмен, вкажіть рівень, якого досягли).  | Так           | <input type="checkbox"/>            | Ні | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 25   | Чи пов'язана Ваша робота або хобі з підвищеним ризиком (робота з механізмами, ручними інструментами, джерелами підвищеної небезпеки; переміщення важких предметів; перебування на висоті, під землею, під водою; робота з хімічними речовинами, вибухівкою; ненормований робочий день, постійні від'їзди, професійне керування транспортними засобами і т.д.)?   | Так           | <input type="checkbox"/>            | Ні | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 26   | Чи керуєте Ви автомобілем та/або мотоциклом? Якщо так, вкажіть, чим саме та стаж водіння.  | Так           | <input checked="" type="checkbox"/> | Ні | <input type="checkbox"/>            |
| 27   | Чи потрапляли Ви у ДТП протягом останніх 3 років? Якщо так, вкажіть кількість разів та наслідки.   | Так           | <input type="checkbox"/>            | Ні | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 28   | Чи притягувалися Ви коли-небудь до кримінальної відповідальності? Якщо так, вкажіть підстави.  | Так           | <input type="checkbox"/>            | Ні | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 29   | Чи перебували Ви коли-небудь за кордоном неперервно більше 90 днів протягом останніх 5 років? Чи збираєтесь Ви виїхати за кордон? Якщо так, вкажіть строк та країну.   | Так           | <input type="checkbox"/>            | Ні | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 30   | Чи збираєтесь Ви перебувати у місцях проведення бойових дій, збройних конфліктів, громадських заворушень, з екстремальними природними умовами?   | Так           | <input type="checkbox"/>            | Ні | <input checked="" type="checkbox"/> |



Вкажіть детальні дані, які стосуються всіх позитивних відповідей на подані запитання. У разі необхідності використовуйте додатковий аркуш паперу.

| № запитання | Додаткова інформація  |
|-------------|-----------------------|
| 26.         | Автомобіль – 14 років |
|             |                       |
|             |                       |
|             |                       |
|             |                       |

## ДЕКЛАРАЦІЯ ЗАСТРАХОВАНОГО

Перед тим як прочитати та підписати декларацію, перевірте, будь-ласка, правильність і точність Ваших відповідей на всі запитання. Я, потенційний Застрахований, підтверджую, що ознайомився та згодний із Правилами добровільного страхування життя Страховика, інформацією щодо договору страхування, обраними програмами страхування. Я стверджую, що надана мною інформація в Заяві правильна і точна. Я згоден у випадку необхідності здійснення додаткового андеррайтингу пройти за рахунок Страховика обстеження у визначеному ним медичному закладі. Я також зобов'язуюсь надати Страховику інші документи, які будуть ним вимагатися для оцінки страхового ризику. Я дозволяю будь-якому медичному закладу, чи лікарю, до котрих я звертався, надати повну інформацію, що стосується стану мого здоров'я, Страховику. Я усвідомлюю, що повинен повідомляти Страховику про всі зміни виду діяльності та захоплень, стану здоров'я, пов'язаних з ризиком страхового випадку, які виникли після дати підписання цієї Заяви і до моменту отримання страхового полісу. Із призначенням(и) Вигодонабувачем(ами) згодний. Підтверджую, що ніколи раніше не одержував відмову в укладенні договору страхування життя.

## ДЕКЛАРАЦІЯ СТРАХУВАЛЬНИКА

Перед тим як прочитати та підписати декларацію, перевірте, будь-ласка, правильність і точність Ваших відповідей на всі запитання. Страховиком буде опрацьована Ваша Заява у випадку її прийняття Вам буде надано страховий поліс та Правила страхування. Я, потенційний Страхувальник, підтверджую, що ознайомився та згодний із Правилами добровільного страхування життя Страховика, інформацією щодо договору страхування, обраними програмами страхування та їх вартістю. Я стверджую, що надана мною інформація в Заяві правильна і точна. У випадку пропуску якої-небудь інформації чи деталей я згоден з правом Страховика зменшити страхову виплату чи відмовити в її здійсненні. Я підтверджую, що ця Заява отримує дієвість через 1 місяць після її підписання (2 місяці у випадку, коли Страховиком ініціюється проведення медичного обстеження), у випадку, якщо до цього часу Страховиком не видано Страховий поліс. Я згоден у випадку необхідності здійснення додаткового андеррайтингу пройти за рахунок Страховика обстеження у визначеному ним медичному закладі. Я також зобов'язуюсь надати Страховику інші документи, які будуть ним вимагатися для оцінки страхового ризику. Я дозволяю будь-якому медичному закладу, чи лікарю, до котрих я звертався, надати повну інформацію, що стосується стану мого здоров'я, Страховику. Я усвідомлюю, що повинен повідомляти Страховику про всі зміни виду діяльності та захоплень, стану здоров'я, пов'язаних з ризиком страхового випадку, які виникли після дати підписання цієї Заяви і до моменту отримання Страхового полісу. Підтверджую, що ніколи раніше не одержував відмову в укладенні договору страхування життя.

Застрахована особа \_\_\_\_\_  
Місце \_\_\_\_\_

Страхувальник **Іванов С. А.**  
Дата "**14**" **липня** 200**8** р.

Код консультанта **000007**  
Консультант **Підпись**

## **Ссылки на Закон Украины «О Страховании»**

**Пакет страховых программ «Инвестор» отвечает требованиям Закона Украины «О страховании», принят 7 марта 1996г. (новая версия от 4 октября 2001г.)**

**СПАСИБО  
ЗА ВНИМАНИЕ!**

