

Образцы заполнения документов по программе «Оптим»

▣ **Общие правила заполнения документов**

▣ **Образец заполнения бланков документов по программе «Оптим»**

▣ **Заполнение документов на оплату**

Общие правила заполнения документов





Заявление/Полис заполняется печатными буквами, шариковой ручкой, разборчиво.



Нужные квадраты отмечаются знаком V или X



Заявление/Полис – бланки строгой отчётности, поэтому их нельзя разкомплектовывать, терять, выбрасывать



Бланки отпечатаны на самокопирующей бумаге, поэтому заполнять их следует аккуратно



Все документы заполняются со слов клиента и в соответствии с его паспортом

Образцы заполнения бланков



Страхование жизни
ОПТИМ

ОПТИМ



GENERALI PPF
Страхование жизни

Под защитой крылатого льва

ООО «Дженерали ППФ Страхование жизни»
125040, г. Москва, ул. Правды дом 8, стр.1.
Телефон: (495) 785-82-00, факс: (495) 785-82-09, www.generalippf.ru
лицензия ФССН С № 360977



GENERALI PPF
Страхование жизни

ПОЛИС ПО СТРАХОВАНИЮ ЖИЗНИ ОПТИМ

АРХ. № _____ АГЕНТ № _____

СТРАХОВОЙ ПОЛИС IP № _____ Контрольная цифра для почтового перевода _____

1. СТРАХОВЩИК ООО «Джеверал ППФ Страхование жизни», лицензия ВССН С. № 3639 П, Адрес: 125040, г. Москва, ул. Прага, д. 8, стр. 1, Телефон: (495) 785-8200

2. СТРАХОВАТЕЛЬ Ф.И.О. / НАИМЕНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ _____

ДАТА РОЖДЕНИЯ _____ Г. ПОЛ М Ж

НОМЕР ПАСПОРТА/ИНН (для юр. лиц) _____

ТЕЛЕФОН _____ E-MAIL _____ ИНДЕКС _____

ПОЧТОВЫЙ АДРЕС _____

РАБОЧИЙ ТЕЛЕФОН _____ МЕСТО РАБОТЫ, ДОЛЖНОСТЬ _____

АДРЕС РАБОТЫ _____

Оплатить любым способом в случае, если Застрахованный является Страхователем.
Если Застрахованный является Страхователем и соответствующий вариант отмечен любым знаком, то п.3 настоящего Полиса заполнять не обязательно.

3. ЗАСТРАХОВАННЫЙ Ф.И.О. _____

ДАТА РОЖДЕНИЯ _____ Г. ПОЛ М Ж

НОМЕР ПАСПОРТА _____

ТЕЛЕФОН _____ E-MAIL _____ ИНДЕКС _____

ПОЧТОВЫЙ АДРЕС _____

РАБОЧИЙ ТЕЛЕФОН _____ МЕСТО РАБОТЫ, ДОЛЖНОСТЬ _____

АДРЕС РАБОТЫ _____

4. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ Даты оплаты очередных взносов по настоящему Полису рассчитываются в соответствии с п.8 Условий Полиса.

Срок Договора страхования _____

Срок действия страхования _____

Периодичность оплаты взносов _____

Перечень страховых случаев	Страховая сумма по Полису (рублям)*	Страховой взнос (рублями)**
По базовой программе можно определить только одну страховую сумму путем проставления в соответствующей таблице любого знака в соответствующем специальном квадрате	Базовая программа	
<input checked="" type="checkbox"/> Дожитие Застрахованного до окончания срока страхования (Дожитие)	<input type="checkbox"/> 150 000 <input type="checkbox"/> 200 000 <input type="checkbox"/> 250 000 <input type="checkbox"/> 300 000 <input type="checkbox"/> 400 000 <input type="checkbox"/> 500 000	(более 500 000) _____ руб.
<input checked="" type="checkbox"/> Смерть Застрахованного (Возврат взносов)		
По дополнительной программе можно определить только одну страховую сумму путем проставления в соответствующей таблице любого знака в соответствующем специальном квадрате	Дополнительная программа	
<input checked="" type="checkbox"/> Смерть Застрахованного в результате ИС (Смерть)	<input type="checkbox"/> 150 000 <input type="checkbox"/> 200 000 <input type="checkbox"/> 250 000 <input type="checkbox"/> 300 000 <input type="checkbox"/> 400 000 <input type="checkbox"/> 500 000	_____ руб.
<input type="checkbox"/> Полная утрата трудоспособности Застрахованного в результате ИС (Инвалидность)		
<input type="checkbox"/> Частичная утрата трудоспособности Застрахованного в результате ИС (Полная потеря трудоспособности)		
<input type="checkbox"/> Временная утрата трудоспособности в связи с госпитализацией Застрахованного в результате ИС (Госпитализация)		
Итого сумма взноса (цифрами) _____ руб.		

Итого сумма взноса (прописью) _____

* Страховую сумму указывают с точностью до 1000 рублей.
** Страховой взнос рассчитывается представителем Страховщика в соответствии с п.6 Условий Полиса.

Важный уведомительный знак: Платить проценты на любой взнос в этом квадрате Страхователь будет предоставлять индикаторы страховых взносов и страховых сумм по базовой программе.

СТРАХОВАТЕЛЬ Ф.И.О. _____

ПОДПИСЬ СТРАХОВАТЕЛЯ _____

Подтверждаю, что все сведения в Страховании, Страховании, Выгододержателем являются достоверными.

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СТРАХОВЩИКА Ф.И.О. _____

ДАТА ВЫДАЧИ ПОЛИСА _____

ПОДПИСЬ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ СТРАХОВЩИКА _____

ДОВЕРЕННОСТЬ № _____ ОТ _____

НАЗВАНИЕ АГЕНТСТВА (АГЕНТА) _____

АГЕНТСТВО № _____

СОТРУДНИК ООО «Джеверал ППФ Страхование жизни», Ф.И.О. _____

ПОДПИСЬ _____

ДАТА _____

СК/19/1/2008

ПОЛИС ПО СТРАХОВАНИЮ ЖИЗНИ (серия LP)

Утверждено Приказом Генерального директора № 20 от 30.04.2008 г.

4. ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЬ По воле Застрахованного в случае его смерти выплаты будут осуществлены следующим Выгододержателем:

1. ДОЛЖ. %	Ф.И.О. / НАИМЕНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ
ДАТА РОЖДЕНИЯ	НОМЕР ПАСПОРТА/ИНН
2. ДОЛЖ. %	Ф.И.О. / НАИМЕНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ
ДАТА РОЖДЕНИЯ	НОМЕР ПАСПОРТА/ИНН
3. ДОЛЖ. %	Ф.И.О. / НАИМЕНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ
ДАТА РОЖДЕНИЯ	НОМЕР ПАСПОРТА/ИНН
4. ДОЛЖ. %	Ф.И.О. / НАИМЕНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ
ДАТА РОЖДЕНИЯ	НОМЕР ПАСПОРТА/ИНН

Если Выгододержатели для получения страховых выплат в случае смерти не назначены, ими являются законные наследники Застрахованного, Выгододержателем по остальным страховым случаям является Застрахованный.
Сумма долей по всем указанным в Полисе Выгододержателям должна составлять 100%.

ЗАСТРАХОВАННЫЙ Ф.И.О. _____

ПОДПИСЬ ЗАСТРАХОВАННОГО _____

С назначением м. Выгододержателей согласно _____.

Если Выгододержатели, согласно п.4 настоящего Полиса, не определены, подпись Застрахованного необходима _____

ДАТА _____

СТРАХОВАТЕЛЬ Ф.И.О. _____

ПОДПИСЬ СТРАХОВАТЕЛЯ _____

Подтверждаю, что все сведения в Страховании, Страховании, Выгододержателем являются достоверными.

Страховой Полис, Условие Полиса, Общие правила страхования жизни, Дополнительные условия к ним (Приложение № 1 к Условием Полиса), Таблица размеров страховых выплат (Приложение № 2 к Условием Полиса), Таблица минимально гарантированных размеров выкупной суммы при расторжении договора с выплатой суммы при прекращении исполнения Полиса (Приложение № 3 к Условием Полиса), Перечень страховых случаев (Приложение № 4 к Условием Полиса) мне известны, и я ознакомлен и согласен.

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СТРАХОВЩИКА Ф.И.О. _____

ДАТА ВЫДАЧИ ПОЛИСА _____

ПОДПИСЬ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ СТРАХОВЩИКА _____

ДОВЕРЕННОСТЬ № _____ ОТ _____

НАЗВАНИЕ АГЕНТСТВА (АГЕНТА) _____

АГЕНТСТВО № _____



КВИТАНЦИЯ № _____
НА ПОЛУЧЕНИЕ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ (ВЗНОСА)

Формы № А. 7
ОИУ Д/916/05

Утверждена приказом Министерства Финансов российской Федерации от 17.05.2008 г. № 80/11

Страховщик: Общество с ограниченной ответственностью «Джеверал ППФ Страхование жизни»
Россия, 125040, Москва, ул. Прага, д. 8, стр. 1, Телефон: (495) 785-8200, факс: (495) 785-8209

КОД ПО ОКПО 58053455
ИНН 77-001802

Страхователь: _____ (фамилия, имя, отчество гражданина)

Номер и серия страхового полиса _____ Вид страхования _____

Получена страховая премия (взнос) _____ руб. коп. в том числе _____

назначенными денежными средствами _____ руб. коп. _____

с использованием платежной карты _____ руб. _____

Получил представитель страховщика/страховой брокер _____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество, должность, наименование страхового агента/страхового брокера организации)

Оплата _____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество)

_____ руб. _____ г. (дата расчета)



Страховая сумма по Дополнительной программе не может быть более 500 000 рублей и не может превышать Страховую сумму по Базовой программе.								
Перечень страховых случаев	Страховая сумма по Полису (рубли)*						Страховой взнос (рубли)**	
Базовая программа								
По базовой программе можно определить только одну страховую сумму путем проставления в нижеследующей таблице любого знака в соответствующем специальном квадрате								
<input checked="" type="checkbox"/> Дожитие Застрахованного до окончания срока страхования (Дожитие)	<input type="checkbox"/> 150 000	<input type="checkbox"/> 200 000	<input type="checkbox"/> 250 000	<input type="checkbox"/> 300 000	<input type="checkbox"/> 400 000	<input checked="" type="checkbox"/> 500 000	(более 500 000)	12984 руб.
<input checked="" type="checkbox"/> Смерть Застрахованного (Возврат взносов)								
Дополнительная программа								
По дополнительной программе можно определить только одну страховую сумму путем проставления в нижеследующей таблице любого знака в соответствующем специальном квадрате								
<input checked="" type="checkbox"/> Смерть Застрахованного в результате НС (Смерть)								
- Постоянная утрата трудоспособности Застрахованного в результате НС (Инвалидность)								
<input checked="" type="checkbox"/> - Телесные повреждения Застрахованного в результате НС (Телесные повреждения)	<input type="checkbox"/> 150 000	<input type="checkbox"/> 200 000	<input type="checkbox"/> 250 000	<input type="checkbox"/> 300 000	<input type="checkbox"/> 400 000	<input checked="" type="checkbox"/> 500 000		2673 руб.
- Временная утрата трудоспособности в связи с госпитализацией Застрахованного в результате НС (Госпитализация)								
Итого сумма взноса (цифрами)								15621 руб.
Итого сумма взноса (прописью) Пятнадцать тысяч шестьсот двадцать один рубль								
* Страховая сумма указывается с точностью до 1000 рублей.								
** Страховой взнос рассчитывается представителем Страховщика в соответствии с п.6 Условий Полиса.								
Вариант увеличения страховых сумм и/или страховых взносов								
<input checked="" type="checkbox"/> Путем проставления любого знака в этом квадрате Страхователю будет предложена индексация страховых взносов и страховых сумм по базовой программе.								
СТРАХОВАТЕЛЬ		Ф.И.О. Семенов Владимир Алексеевич						
ПОДПИСЬ СТРАХОВАТЕЛЯ								
Подтверждаю, что все сведения о Страхователе, Застрахованном, Выгодоприобретателях являются достоверными.		Страховой Полис, Условия Полиса, Общие правила страхования жизни, Дополнительные условия к ним (Приложение № 1 к настоящему Полису), Таблица размеров страховых выплат (Приложение № 2 к настоящему Полису), Таблицы минимально гарантированных размеров выкупной суммы при расторжении договора и страховой суммы при переводе в оплаченный полис (Приложение № 3 к настоящему Полису), Тарифные таблицы (Приложение № 4 к настоящему Полису) мне вручены, я с ними ознакомлен и согласен.						
ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СТРАХОВЩИКА		Ф.И.О. Алексеева Валентина Семеновна						
ДАТА ВЫДАЧИ ПОЛИСА		17 июля			2010 г.			
ПОДПИСЬ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ СТРАХОВЩИКА								
ДОВЕРЕННОСТЬ №		38 от 27			августа 2000 г.			
НАЗВАНИЕ АГЕНТСТВА (АГЕНТА)		г. Москва						
АГЕНТСТВО №		3						
СОТРУДНИК ООО "Дженерали ППФ Страхование жизни",		принявший полис		Ф.И.О.				
ПОДПИСЬ								
ДАТА								





GENERALI PPF

Страхование жизни

ПОЛИС ПО СТРАХОВАНИЮ ЖИЗНИ

АРХ. № _____

ОПТИМ
АГЕНТ № 1 3 1 0 2 0 3

СТРАХОВОЙ ПОЛИС LP № 1023437733 Контрольная цифра для почтового перевода 9

1. СТРАХОВЩИК ООО «Дженерали ППФ Страхование жизни», лицензия ФССН С № 3609 77, Адрес: 125040, г. Москва, ул.Правды, д.8, стр.1, Телефон: (495) 7858200

2. СТРАХОВАТЕЛЬ Ф.И.О. / НАИМЕНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ **Семенов Владимир Алексеевич**

ДАТА РОЖДЕНИЯ 2 0 0 5 1 9 7 5 г. ПОЛ М Ж

НОМЕР ПАСПОРТА/ИНН (для юр.лиц) 4 6 0 2 5 4 7 0 0 2

ТЕЛЕФОН 9 0 3 5 5 4 7 7 2 2 E-MAIL: semenoff@mail.ru ИНДЕКС 1 2 2 2 5 4

ПОЧТОВЫЙ АДРЕС Московская обл., Щелковский р-н, п. Монино, ул. Алксниса, д. 9, кв. 16

РАБОЧИЙ ТЕЛЕФОН 4 9 5 6 2 1 4 4 1 1 МЕСТО РАБОТЫ, ДОЛЖНОСТЬ ООО «Инсентив тур», юрисконсульт

АДРЕС РАБОТЫ 105224 г. Москва, просп. Мира, д. 102, офис 541

Отметить любым знаком в случае, если Застрахованный является Страхователем.
Если Застрахованный является Страхователем и соответствующий квадрат отмечен любым знаком, то п.3 настоящего Полиса заполнять необязательно.

3. ЗАСТРАХОВАННЫЙ Ф.И.О.

Отметить любым знаком в случае, если Застрахованный является Страхователем.
Если Застрахованный является Страхователем и соответствующий квадрат отмечен любым знаком, то п.3 настоящего Полиса заполнять необязательно.

ПОЧТОВЫЙ АДРЕС

РАБОЧИЙ ТЕЛЕФОН _____ МЕСТО РАБОТЫ, ДОЛЖНОСТЬ _____

АДРЕС РАБОТЫ _____

4. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ Даты оплаты очередных взносов по настоящему Полису рассчитываются в соответствии с п.8 Условий Полиса.

Срок Договора страхования Определите срок Договора страхования путем проставления любого знака в соответствующем квадрате:
 5 лет 10 лет 15 лет 20 лет 25 лет 30 лет

До достижения Застрахованным возраста:
 55 лет 60 лет 65 лет

При определении срока договора страхования до достижения Застрахованным 55, 60, 65 лет возраст Застрахованного определяется в соответствии с п.3 Условий Полиса.

Периодичность оплаты взносов Определите периодичность оплаты взносов путем проставления любого знака в соответствующем квадрате:
 Ежеквартально Раз в полгода Ежегодно Единовременно даты оплаты взносов определяются в соответствии с п.10 Условий Полиса

4. ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЬ

По воле Застрахованного в случае его смерти выплаты будут осуществлены следующим Выгодоприобретателям:

1. доля, % **100** Ф.И.О. / НАИМЕНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ **Семенова Галина Романовна**

ДАТА РОЖДЕНИЯ **14031981** г. НОМЕР ПАСПОРТА/ИНН **4501013441**

2. доля, % _____ Ф.И.О. / НАИМЕНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ _____

ДАТА РОЖДЕНИЯ _____ г. НОМЕР ПАСПОРТА/ИНН _____

3. доля, % _____ Ф.И.О. / НАИМЕНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ _____

ДАТА РОЖДЕНИЯ _____ г. НОМЕР ПАСПОРТА/ИНН _____

4. доля, % _____ Ф.И.О. / НАИМЕНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ _____

ДАТА РОЖДЕНИЯ _____ г. НОМЕР ПАСПОРТА/ИНН _____

Если Выгодоприобретатели для получения страховых выплат в случае смерти не назначены, ими являются законные наследники Застрахованного. Выгодоприобретателем по остальным страховым случаям является Застрахованный.
Сумма долей по всем указанным в Полисе Выгодоприобретателям должна составлять 100%.

ЗАСТРАХОВАННЫЙ

Ф.И.О. **Семенов Владимир Алексеевич**

ПОДПИСЬ ЗАСТРАХОВАННОГО

С назначением м Выгодоприобретателей согласен.

Если Выгодоприобретатели, согласно п.4 настоящего Полиса, не определены, подпись Застрахованного необязательна

ДАТА **17072010** г.

СТРАХОВАТЕЛЬ

Ф.И.О. **Семенов Владимир Алексеевич**

ПОДПИСЬ СТРАХОВАТЕЛЯ

Подтверждаю, что все сведения о Страхователе, Застрахованном, Выгодоприобретателях являются достоверными.

Страховой Полис, Условия Полиса, Общие правила страхования жизни, Дополнительные условия к ним (Приложение № 1 к настоящему Полису), Таблица размеров страховых выплат (Приложение № 2 к настоящему Полису), Таблицы минимально гарантированных размеров выкупной суммы при расторжении договора и страховой суммы при переводе в оплаченный полис (Приложение № 3 к настоящему Полису), Тарифные таблицы (Приложение № 4 к настоящему Полису) мне вручены, я с ними ознакомлен и согласен.

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СТРАХОВЩИКА

Ф.И.О. **Алексеева Валентина Семеновна**

ДАТА ВЫДАЧИ ПОЛИСА **17** **июля** **2010** г.

месяц прописью

ПОДПИСЬ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ СТРАХОВЩИКА



ДОВЕРЕННОСТЬ № **38** ОТ **27** **августа** **2000** г.

месяц прописью

НАЗВАНИЕ АГЕНТСТВА (АГЕНТА) **№3, г. Москва**

АГЕНТСТВО № _____



GENERALI PPF
Страхование жизни

ПОЛИС ПО СТРАХОВАНИЮ ЖИЗНИ

ОПТИМ

АРХ. № _____ АГЕНТ № _____

СТРАХОВОЙ ПОЛИС LP № _____ Контрольная цифра для почтового перевода _____

1. СТРАХОВАТЕЛЬ ООО «Джеералти ППФ Страхование жизни», лицензия ФССН № С 3629 77, Адрес: 125040, г. Москва, ул. Пражская, д. 8, стр. 1, Телефон: (495) 785-8200

2. СТРАХОВАТЕЛЬ ф.и.о. / НАИМЕНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ _____

ДАТА РОЖДЕНИЯ _____ Г. ПОЛ М Ж

НОМЕР ПАСПОРТА/ИНН (для кор. лиц) _____ Г. НОМЕР ПАСПОРТА/ИНН _____

ТЕЛЕФОН _____ Е-МАЙЛ _____ ИНДЕКС _____

ПОЧТОВЫЙ АДРЕС _____

РАБОЧИЙ ТЕЛЕФОН _____ МЕСТО РАБОТЫ, ДОЛЖНОСТЬ _____

АДРЕС РАБОТЫ _____

Оплатить любым способом в случае, если Застрахованный является Страхователем.
Если Застрахованный является Страхователем и соответствующий квадрат отмечен любым знаком, то п.3 настоящего Полиса заполнить не обязательно.

3. ЗАСТРАХОВАННЫЙ ф.и.о. _____

ДАТА РОЖДЕНИЯ _____ Г. ПОЛ М Ж

НОМЕР ПАСПОРТА _____ Г. НОМЕР ПАСПОРТА/ИНН _____

ТЕЛЕФОН _____ Е-МАЙЛ _____ ИНДЕКС _____

ПОЧТОВЫЙ АДРЕС _____

РАБОЧИЙ ТЕЛЕФОН _____ МЕСТО РАБОТЫ, ДОЛЖНОСТЬ _____

АДРЕС РАБОТЫ _____

4. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ Даты оплаты очередных взносов по настоящему Полису рассчитываются в соответствии с п.3 Условий Полиса.

Срок Договора страхования _____

Определите срок Договора страхования путем проставления любого знака в соответствующем квадрате:
 5 лет 10 лет 15 лет 20 лет 25 лет 30 лет

До достижения Застрахованного возраста:
 55 лет 60 лет 65 лет

При определении срока договора страхования до достижения Застрахованным 15, 40, 65 лет возраст Застрахованного определяется в соответствии с п.3 Условий Полиса.

Периодичность оплаты взносов _____

Определите периодичность оплаты взносов путем проставления любого знака в соответствующем квадрате:
 Ежемесячно Раз в полгода Ежегодно Единовременно (даты оплаты взносов определяются в соответствии с п.10 Условий Полиса)

Страховая сумма по Дополнительной программе не может быть больше 500 000 рублей и не может превышать Страховую сумму по Базовой программе.

Перечень страховых случаев	Страховая сумма по Полису (рублям)*	Страховой взнос (рублям)**
По Базовой программе можно определить только одну страховую сумму путем проставления в нижеследующей таблице любого знака в соответствующем специальном квадрате		
Базовая программа		
<input checked="" type="checkbox"/> Дожитие Застрахованного до окончания срока страхования (Дожитие)	<input type="checkbox"/> 50 000 <input type="checkbox"/> 100 000 <input type="checkbox"/> 250 000 <input type="checkbox"/> 300 000 <input type="checkbox"/> 400 000 <input type="checkbox"/> 500 000	(Более 500 000)
<input checked="" type="checkbox"/> Смерть Застрахованного (Возврат взносов)		
По дополнительной программе можно определить только одну страховую сумму путем проставления в нижеследующей таблице любого знака в соответствующем специальном квадрате		
Дополнительная программа		
<input checked="" type="checkbox"/> Смерть Застрахованного в результате ИС (Смерть)		
<input type="checkbox"/> Постоянная утрата трудоспособности Застрахованного в результате ИС (Инвалидность)	<input type="checkbox"/> 50 000 <input type="checkbox"/> 100 000 <input type="checkbox"/> 250 000 <input type="checkbox"/> 300 000 <input type="checkbox"/> 400 000 <input type="checkbox"/> 500 000	
<input type="checkbox"/> Телесные повреждения Застрахованного в результате ИС (Телесные повреждения)		
<input type="checkbox"/> Временная утрата трудоспособности в связи с госпитализацией Застрахованного в результате ИС (Госпитализация)		
Итого сумма взноса (цифрами) _____ руб.		

Итого сумма взноса (цифрами) _____ руб.

Много сумма взноса (прописью) _____

* Страховая сумма указывается с точностью до 1000 рублей.
** Страховой взнос рассчитывается представителем Страховщика в соответствии с п.6 Условий Полиса.

Дарит увеличение страховой суммы и/или страховой взнос
 При проставлении любого знака в этом квадрате Страхователем будет предложена индексация страховых взносов и страховых сумм по Базовой программе.

СТРАХОВАТЕЛЬ ф.и.о. _____

ПОДПИСЬ СТРАХОВАТЕЛЯ _____

Подтверждаю, что все сведения о Страхователе, Застрахованном, Выгодоприобретателе являются достоверными.

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СТРАХОВЩИКА ф.и.о. _____

ДАТА ВЫДАЧИ ПОЛИСА _____

ПОДПИСЬ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ СТРАХОВЩИКА _____

Доверенность № _____ от _____

НАЗВАНИЕ АГЕНТСТВА (АГЕНТА) _____

АГЕНТСТВО № _____

СОТРУДНИК ООО «Джеералти ППФ Страхование жизни», прописный полис ф.и.о. _____

ПОДПИСЬ _____

ДАТА _____

ПОЛИС ПО СТРАХОВАНИЮ ЖИЗНИ (серия LP)

Утверждено Приказом Генерального директора
№ 20 от 30.04.2008 г.

4. ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЬ По воле Застрахованного в случае его смерти выплаты будут осуществлены следующим Выгодоприобретателем:

1. ДОЛЯ, % _____ ф.и.о. / НАИМЕНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ _____

ДАТА РОЖДЕНИЯ _____ Г. НОМЕР ПАСПОРТА/ИНН _____

2. ДОЛЯ, % _____ ф.и.о. / НАИМЕНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ _____

ДАТА РОЖДЕНИЯ _____ Г. НОМЕР ПАСПОРТА/ИНН _____

3. ДОЛЯ, % _____ ф.и.о. / НАИМЕНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ _____

ДАТА РОЖДЕНИЯ _____ Г. НОМЕР ПАСПОРТА/ИНН _____

4. ДОЛЯ, % _____ ф.и.о. / НАИМЕНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ _____

ДАТА РОЖДЕНИЯ _____ Г. НОМЕР ПАСПОРТА/ИНН _____

Если Выгодоприобретатели для получения страховых выплат в случае смерти не назначены, ими являются законные наследники Застрахованного. Выгодоприобретатели по остальным страховым случаям являются Застрахованным.
Сумма долей по всем указанным в Полисе Выгодоприобретателям должна составлять 100%.

ЗАСТРАХОВАННЫЙ ф.и.о. _____

ПОДПИСЬ ЗАСТРАХОВАННОГО _____

С назначением м. Выгодоприобретателей согласен.
Если Выгодоприобретатели, согласно п.4 настоящего Полиса, не определены, подпись Застрахованного не обязательна.

ДАТА _____ Г.

СТРАХОВАТЕЛЬ ф.и.о. _____

ПОДПИСЬ СТРАХОВАТЕЛЯ _____

Подтверждаю, что все сведения о Страхователе, Застрахованном, Выгодоприобретателе являются достоверными.

Страховой Полис, Условие Полиса, Общие правила страхования жизни, Дополнительные условия к нему (Приложение № 1 к настоящему Полису), Таблица размеров страховых взносов (Приложение № 2 к настоящему Полису), Таблица минимального страхового размера страховой суммы при расторжении договора страхования (Приложение № 3 к настоящему Полису), Таблица тарифных ставок (Приложение № 4 к настоящему Полису) или формулы, и с ними ознакомлен и согласен.

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СТРАХОВЩИКА ф.и.о. _____

ДАТА ВЫДАЧИ ПОЛИСА _____

ПОДПИСЬ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ СТРАХОВЩИКА _____

Доверенность № _____ от _____

НАЗВАНИЕ АГЕНТСТВА (АГЕНТА) _____

АГЕНТСТВО № _____



КВИТАНЦИЯ №: _____

НА ПОЛУЧЕНИЕ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ (ВЗНОСА)

Формулы № А.7
ОУД от 09/05/05
Утверждена приказом Министерства Финансов
российской Федерации от 18.05.2006 г. № 30/Н

Страховщик: Общество с ограниченной ответственностью «Джеералти ППФ Страхование жизни»
Россия, 125040, Москва, ул. Пражская, д. 8, стр. 1, Телефон: (495) 785-8200, факс: (495) 785-8200

КОД по ОКПО 58053455
ИНН 7744001803

Страхователь: _____ (Фамилия, имя, отчество (гражданина))

Номер и серия страхового полиса _____ Вид страхования _____

Получена страховая премия (взнос) _____ руб. коп. в том числе _____

назначенными денежными средствами _____ руб. коп.

с использованием платежной карты _____ руб.

Получил представитель страховщика/страховой брокер _____ (подпись) _____ (Фамилия, имя, отчество, должность, наименование страхового агента/страхового брокера единственного лица)

Оплатил _____ (подпись) _____ (Фамилия, имя, отчество)

_____ руб. _____ Г. (дата расчета)

СХЕМА ПОДПИСИ СТРАХОВЩИКА



**КВИТАНЦИЯ №
НА ПОЛУЧЕНИЕ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ (ВЗНОСА)**

Форма № А-7
ОКУД 0796205

Утверждена приказом Министерства финансов
российской Федерации от 17.05.2006 г. № 80Н

Страховщик: Общество с ограниченной ответственностью «Дженерали ППФ Страхование жизни»
Россия, 125040, Москва, ул. Правды, д. 8, стр. 1. Телефон: (495) 785-8200. факс: (495) 785-8209

КОД по ОКПО 58053455

ИНН 7744001803

Страхователь: Семенов Владимир Алексеевич
(Фамилия, имя, отчество гражданина)

Номер и серия страхового полиса LP №1012123457 Вид страхования Страхование жизни («Оптим»)

Получена страховая премия (взнос) Пятнадцать тысяч шестьсот двадцать один руб. 00 коп. в том числе
(сумма прописью)

наличными денежными средствами Пятнадцать тысяч шестьсот двадцать один руб. 00 коп.
(сумма прописью)

с использованием платежной карты --- руб. ---
(сумма прописью)

Получил представитель страховщика/страховой брокер *А/С* Алексеева В. С., агент
(подпись) (фамилия, имя, отчество, должность,
наименование страхового агента/страхового брокера юридического лица)

Оплатил *Семенов* Семенов Владимир Алексеевич
(подпись) (фамилия, имя, отчество)



« 17 » июля 2010 г.
(дата расчета)

Образцы заполнения документов на оплату



Документы на оплату

ф. 112аФ

**П
Р
И
Е
М**

ПОЧТА РОССИИ

№ _____
(по накладной Ф.16)

№ _____
(по реестру Ф.10)

ПОЧТОВЫЙ ПЕРЕВОД на _____ руб. _____ коп.
(рубли прописью, копейки цифрами)

Кому: ООО "Дженерали ПФ Страхование жизни"
(для юридического лица - полное или краткое наименование, дата регистрации - фамилия, имя, отчество полностью)

Куда: 123956 Федеральный клиент ООО "Дженерали ПФ Страхование жизни"
(адрес получателя)

Вызываете при приеме курьера в адрес юридического лица

ИНН: _____ **Кор/счет:** _____ **Индекс:** _____

Наименование банка: _____

Рас/счет: _____ **БИК:** _____

От кого: _____
(фамилия, имя, отчество)

Адрес отправителя: _____
(Адрес места жительства (регистрации), адрес пребывания (неуказан зачеркнуть))

Сообщение: _____
(назначение платежа) 0690000000010034306161

Предъявлен _____ Серия _____ № _____ выдан _____ 20 ____ г.
(наименование документа)

Для нерезидентов России
(обязательное указание)
Предъявлен _____ Серия _____ № _____ выдан _____ 20 ____ г.
(наименование документа)

Дата срока пребывания с _____ 20 ____ г., по _____ 20 ____ г.

Гражданство: _____ **Подпись отправителя** _____

06900000000010034308161
(шифр и подпись) (подпись оператора)

Обязательное жирной линией заполняется отправителем

Исправления не допускаются

