

# 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](http://www.generalippf.ru)  
лицензия ФССН С № 360977



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)**	
<b>Базовая программа</b>								
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)								
<b>Дополнительная программа</b>								
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)								
<b>Итого сумма взноса (цифрами)</b>								15621 руб.
<b>Итого сумма взноса (прописью) Пятнадцать тысяч шестьсот двадцать один рубль</b>								
* Страховая сумма указывается с точностью до 1000 рублей.								
** Страховой взнос рассчитывается представителем Страховщика в соответствии с п.6 Условий Полиса.								
<b>Вариант увеличения страховых сумм и/или страховых взносов</b>								
<input checked="" type="checkbox"/> Путем проставления любого знака в этом квадрате Страхователю будет предложена индексация страховых взносов и страховых сумм по базовой программе.								
<b>СТРАХОВАТЕЛЬ</b> Ф.И.О. <b>Семенов Владимир Алексеевич</b>								
ПОДПИСЬ СТРАХОВАТЕЛЯ								
Подтверждаю, что все сведения о Страхователе, Застрахованном, Выгодоприобретателях являются достоверными.						 <p>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.</p>		
<b>ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СТРАХОВЩИКА</b> Ф.И.О. <b>Алексеева Валентина Семеновна</b>								
ДАТА ВЫДАЧИ ПОЛИСА   17 июля 2010 г.								
ПОДПИСЬ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ СТРАХОВЩИКА								
ДОВЕРЕННОСТЬ №   38   ОТ   27   августа   2000 г.								
НАЗВАНИЕ АГЕНТСТВА (АГЕНТА)   г. Москва								
АГЕНТСТВО №   3								
<b>СОТРУДНИК ООО "Дженерали ППФ Страхование жизни",</b>			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», юристконсульт**

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



## GENERALI PPF

Страхование жизни

### ПОЛИС ПО СТРАХОВАНИЮ ЖИЗНИ

ОПТИМ

АРХ. № \_\_\_\_\_ АГЕНТ № \_\_\_\_\_

СТРАХОВОЙ ПОЛИС LP № \_\_\_\_\_ Контрольная цифра для почтового перевода

**1. СТРАХОВЩИК** ООО «Джекарали ППФ Страхование жизни», лицензия ФСФН № 3639/77, Адрес: 125040, г. Москва, ул. Прага, д. 8, стр. 1, Телефон: (495) 785-8200

**2. СТРАХОВАТЕЛЬ** Ф.И.О. / НАИМЕНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ \_\_\_\_\_

ДАТА РОЖДЕНИЯ \_\_\_\_\_ Г. ПОС М  Ж

НОМЕР ПАСПОРТА/ИНН (для юрлица) \_\_\_\_\_

ТЕЛЕФОН \_\_\_\_\_ Е.МАИЛ \_\_\_\_\_

ПОЧТОВЫЙ АДРЕС \_\_\_\_\_

РАБОЧИЙ ТЕЛЕФОН \_\_\_\_\_ МЕСТО РАБОТЫ, ДОЛЖНОСТЬ \_\_\_\_\_

АДРЕС РАБОТЫ \_\_\_\_\_

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

**3. ЗАСТРАХОВАННЫЙ** Ф.И.О. \_\_\_\_\_

ДАТА РОЖДЕНИЯ \_\_\_\_\_ Г. ПОС М  Ж

НОМЕР ПАСПОРТА \_\_\_\_\_

ТЕЛЕФОН \_\_\_\_\_ Е.МАИЛ \_\_\_\_\_

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  5 лет  10 лет  15 лет  20 лет  25 лет  30 лет

20 достижении 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  Ежемесячно  Раз в полгода  Ежеквартально  Три раза в квартал  Единовременно  Другое: \_\_\_\_\_

Сумма взносов определяется в соответствии с п.3 Условий Полиса.

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

Перенос страхования в случае	Страховая сумма по Полису (рублей)**	Страховой взнос (рублей)**
По Базисной программе можно оплатить только одну страховую сумму путем проставления в следующей таблице любого знака в соответствующем специальном квадрате	Базисная программа	
<input checked="" type="checkbox"/> Дожитие Застрахованного до окончания срока страхования (Дожитие)	<input type="checkbox"/> 100 000 <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 (Больше 500 000)	_____ руб.
<input checked="" type="checkbox"/> Смерть Застрахованного (Возврат взносов)		_____ руб.
По дополнительной программе можно оплатить только одну страховую сумму путем проставления в следующей таблице любого знака в соответствующем специальном квадрате	Дополнительная программа	
<input checked="" type="checkbox"/> Смерть Застрахованного в результате ИС (Смерть)		
<input type="checkbox"/> Потерянная утрата трудоспособности застрахованного в результате ИС (Инвалидность)	<input type="checkbox"/> 100 000 <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"/> Телесные повреждения Застрахованного в результате ИС (Постоянное повреждение)		
<input type="checkbox"/> Временная утрата трудоспособности в связи с госпитализацией Застрахованного в результате ИС (Госпитализация)		
Итого сумма взноса (цифрами) _____ руб.		

Итого сумма взноса (прописью) \_\_\_\_\_ руб.

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

**Важно! Увеличение страховой суммы и/или страховой суммы**  
 При проставлении любого знака в этом квадрате Страхователем будет предложена индексация страховых взносов и страховых сумм по Базисной 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 \_\_\_\_\_ Г. \_\_\_\_\_

ПОДПИСЬ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ СТРАХОВЩИКА \_\_\_\_\_

ДОВЕРЕННОСТЬ № \_\_\_\_\_ ОТ \_\_\_\_\_

НАЗВАНИЕ АГЕНТСТВА (АГЕНТА) \_\_\_\_\_

АГЕНТСТВО № \_\_\_\_\_

**СОТРУДНИК ООО «Джекарали ППФ Страхование жизни»** \_\_\_\_\_

ПОДПИСЬ \_\_\_\_\_

ДАТА \_\_\_\_\_ Г. \_\_\_\_\_

СЖ/19/1/2009

### ПОЛИС ПО СТРАХОВАНИЮ ЖИЗНИ (серия LP)

Утверждено Приказом Генерального директора  
№ 20 от 30.04.2008 г.

<b>1. ДОЛЯ, %</b>	Ф.И.О. / НАИМЕНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ
ДАТА РОЖДЕНИЯ _____ Г. _____	НОМЕР ПАСПОРТА/ИНН _____
<b>2. ДОЛЯ, %</b>	Ф.И.О. / НАИМЕНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ
ДАТА РОЖДЕНИЯ _____ Г. _____	НОМЕР ПАСПОРТА/ИНН _____
<b>3. ДОЛЯ, %</b>	Ф.И.О. / НАИМЕНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ
ДАТА РОЖДЕНИЯ _____ Г. _____	НОМЕР ПАСПОРТА/ИНН _____
<b>4. ДОЛЯ, %</b>	Ф.И.О. / НАИМЕНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ
ДАТА РОЖДЕНИЯ _____ Г. _____	НОМЕР ПАСПОРТА/ИНН _____

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

**ЗАСТРАХОВАННЫЙ** Ф.И.О. \_\_\_\_\_

ПОДПИСЬ ЗАСТРАХОВАННОГО \_\_\_\_\_

С назначением м. Выгодоприобретатель согласен.

Если Выгодоприобретатель, согласно п.4 настоящего Полиса, не определен, подпись застрахованного необязательна.

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 выплат (Приложение № 2 к настоящему Полису), Таблица минимально гарантированных размеров выплат суммы при расторжении договора страхования суммы при утрате и инвалидности (Приложение № 3 к настоящему Полису), Перечень страховых случаев (Приложение № 4 к настоящему Полису) (все прочитаны, и с ними ознакомлены и согласен).

**ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СТРАХОВЩИКА** Ф.И.О. \_\_\_\_\_

ДАТА ВЫДАЧИ ПОЛИСА \_\_\_\_\_ Г. \_\_\_\_\_

ПОДПИСЬ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ СТРАХОВЩИКА \_\_\_\_\_

ДОВЕРЕННОСТЬ № \_\_\_\_\_ ОТ \_\_\_\_\_

НАЗВАНИЕ АГЕНТСТВА (АГЕНТА) \_\_\_\_\_

АГЕНТСТВО № \_\_\_\_\_

КВИТАЦИЯ №: \_\_\_\_\_

НА ПОЛУЧЕНИЕ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ (ВЗНОСА)

Формы № А. 7  
ОУД 09/95/005  
Утверждена приказом Министерства Финансов  
российской Федерации от 12.05.2006 г. № 30/1

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

КОД по ОКПО 18053455  
ИНН 7744001803

Страхователь: \_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество гражданина)

Номер и серия страхового полиса \_\_\_\_\_ Вид страхования \_\_\_\_\_

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

начисленным денежными средствами \_\_\_\_\_ руб. коп. \_\_\_\_\_

с использованием платежной карты \_\_\_\_\_ руб. \_\_\_\_\_

Получил представитель страховщика/страховой брокер \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество, должность, наименование страхового агента/страхового брокера кредитной организации)

Оплата \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_ руб. \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ (дата расчета)

СЖ/19/1/2009

### 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. \_\_\_\_\_

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 необязательно.

**3. ЗАСТРАХОВАННЫЙ** ф.и.о. \_\_\_\_\_

ДАТА РОЖДЕНИЯ \_\_\_\_\_ Г. ПОЛ М  Ж

НОМЕР ПАСПОРТА \_\_\_\_\_ Г. \_\_\_\_\_

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  Единовременная  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 нижеприведенной таблице любого знака в соответствующем специальном квадрате		
<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) _____ руб.
<input checked="" type="checkbox"/> Смерть Застрахованного (Возврат взносов)		
По дополнительной программе можно определить только одну страховую сумму путем проставления в нижеприведенной таблице любого знака в соответствующем специальном квадрате		
<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	_____ руб.
<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 \_\_\_\_\_

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

ДОВЕРЕННОСТЬ № \_\_\_\_\_ ОТ \_\_\_\_\_

НАЗВАНИЕ АГЕНТСТВА (АГЕНТА) \_\_\_\_\_

АГЕНТСТВО № \_\_\_\_\_

**СОТРУДНИК ООО «Джеералти ППФ Страхование жизни»**, \_\_\_\_\_

ПОДПИСЬ \_\_\_\_\_

ДАТА \_\_\_\_\_

## ПОЛИС ПО СТРАХОВАНИЮ ЖИЗНИ (серия LP)

Утверждено Приказом Генерального директора  
№ 20 от 30.04.2008 г.

**4. ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЬ** 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 необязательна.

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 \_\_\_\_\_

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

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. № 30/11

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. \_\_\_\_\_ (дата расчета) \_\_\_\_\_ г.

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 Алексеева В. С., агент  
(подпись) (фамилия, имя, отчество, должность,  
наименование страхового агента/страхового брокера юридического лица)

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




« 17 » июля 2010 г.  
(дата расчета)

## Образцы заполнения документов на оплату



ф. 112аФ




**П  
Р  
И  
Е  
М**

**ПОЧТА РОССИИ**

№ \_\_\_\_\_  
(по накладной Ф.16)

№ \_\_\_\_\_  
(по реестру Ф.10)



1304

**ПОЧТОВЫЙ ПЕРЕВОД на \_\_\_\_\_ руб. \_\_\_\_\_ коп.**

(рубли прописью, копейки цифрами)

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

**Куда:** 129956 Федеральный клиент ООО "Дженерали ПФ Страхование жизни"  
(адрес почтового отделения)

Вызывает при приеме курьера в адрес юридического лица Индекс: \_\_\_\_\_

Вызывает курьера в адрес физического лица

**ИНН:** \_\_\_\_\_ **Кор/счет:** \_\_\_\_\_

**Наименование банка:** \_\_\_\_\_

**Рас/счет:** \_\_\_\_\_ **БИК:** \_\_\_\_\_

**От кого:** \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

**Адрес отправителя:** \_\_\_\_\_  
Адрес места жительства (регистрации), адрес пребывания (неуказан зачеркнуть)

Индекс: \_\_\_\_\_

**Сообщение:** \_\_\_\_\_  
(назначение платежа)

Предъявлен \_\_\_\_\_ Серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
(наименование документа)


\_\_\_\_\_ (ссылочное указание)

**Для нерезидентов России**

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)

Обе стороны жирной линией заполняются отправителем

Исправление не допускается



