

Образцы заполнения документов

Комфорт +

□ **Общие правила заполнения документов**

□ **Образец заполнения бланков Заявлений/Полисов:**
□ **Комфорт +**

□ **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 самокопирующейся бумаге, поэтому заполнять их следует аккуратно



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

Образцы заполнения бланков Полисов / Заявлений



Страхование жизни
Комфорт +

Документы к страховому полису Комфорт +

inphorce
insurance & services

GENERALI PPF
Страхование жизни

Под защитой крылатого льва

The advertisement features a man and a woman sitting on a rug in front of a fireplace. The man is leaning over the woman, who is looking up at him with a smile. A white winged lion is visible in the background. The text 'Страхование жизни Комфорт +' is in a red box at the top. Below it, 'Документы к страховому полису Комфорт +' is written. At the bottom left is the 'inphorce insurance & services' logo. At the bottom right is the 'GENERALI PPF Страхование жизни' logo. At the very bottom, 'Под защитой крылатого льва' is written.

Комфорт +

АНКЕТА ЗАСТРАХОВАННОГО		(При ответе «Да» на какой-либо вопрос дается подробное описание в дополнительной анкете)	
Возраст (лет)	175	Вес (кг)	70
Цифры артериального давления (мм.рт.ст.) (последнее измерение):		120	80
Ваша профессия		Юрист	
Информация о курении за последние 12 месяцев (количество сигарет в день):			
0			
Потребление алкоголя (вид алкоголя и количество за неделю в литрах): пиво			
0		вино	0
		крепкие напитки (>40)	0
1. Связана ли Ваша профессиональная деятельность с обстоятельствами повышенного риска (работа на высоте свыше 15 м, работа в море, работа под водой, работа в нефтяной или газовой промышленности, работа под землей /шахты/, работа со взрывчатыми веществами, работа с опасными химическими веществами или составами, работа в охранных фирмах, работа в правоохранительных органах)?			<input type="checkbox"/> Да <input checked="" type="checkbox"/> Нет
2. Намереваетесь ли Вы путешествовать в «горячие» точки планеты (места вооруженных конфликтов и военных действий) ?			<input type="checkbox"/> Да <input checked="" type="checkbox"/> Нет
3. Занимаетесь ли Вы в качестве хобби или профессионально авиацией, погружением в воду (плавание с аквалангом и т.п.), парашютным спортом, дельтапланеризмом, автомобильными гонками, горными/водными лыжами, парусным спортом, альпинизмом, спелеологией, боксом, борьбой или боевыми искусствами, верховой ездой и т.п.? Другой спорт?			<input type="checkbox"/> Да <input checked="" type="checkbox"/> Нет
4. Получали ли Вы врачебные рекомендации о снижении или отмене потребления табака и алкоголя в связи с состоянием здоровья?			<input type="checkbox"/> Да <input checked="" type="checkbox"/> Нет
5. Застрахована ли Ваша жизнь в ООО «Дженерали ППФ Страхование жизни» или других компаниях? Подавали ли Вы (или собираетесь подать) заявление на страхование жизни или от несчастного случая в другие страховые компании?			<input type="checkbox"/> Да <input checked="" type="checkbox"/> Нет
6. Подавали ли Вы уже заявление на страхование жизни, которое было отклонено или принято на особых условиях?			<input type="checkbox"/> Да <input checked="" type="checkbox"/> Нет
7. Были ли у Вас травмы, несчастные случаи за последние 5 лет ?			<input checked="" type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
8. Имеется ли у Вас группа инвалидности?			<input type="checkbox"/> Да <input checked="" type="checkbox"/> Нет
9. Были ли Вы связаны с радиоактивными материалами и подвергались ли Вы облучению выше установленных норм ?			<input type="checkbox"/> Да <input checked="" type="checkbox"/> Нет

При ответе «Да» в медицинской анкете необходимо дать более подробный ответ в Дополнительном опроснике (см. далее в презентации)

15. Проходили ли Вы медицинское освидетельствование, лечение или исследовали ли Вы кровь в связи с заболеваниями, передающимися половым путем или в связи с гепатитами ?	<input type="checkbox"/> Да <input checked="" type="checkbox"/> Нет
15.1. Обнаруживали ли у Вас ВИЧ-инфекцию (СПИД)?	<input type="checkbox"/> Да <input checked="" type="checkbox"/> Нет
16. Какие-либо нервные или психические заболевания, например, эпилепсия, временная потеря сознания, паралич или состояние депрессии ?	<input type="checkbox"/> Да <input checked="" type="checkbox"/> Нет
17. Были ли у Вас ЛОР заболевания (включая частые ангины, исключая обычные простуды, грипп или детские инфекционные болезни), снижение зрения (близорукость, дальнозоркость более 6 диоптрий) или заболевания глаз ?	<input type="checkbox"/> Да <input checked="" type="checkbox"/> Нет
18. Заболевания опорно-двигательного аппарата (мышцы, кости, суставы, позвоночник) ?	<input type="checkbox"/> Да <input checked="" type="checkbox"/> Нет
19. Диабет, заболевания щитовидной железы или др. болезни эндокринной системы ?	<input type="checkbox"/> Да <input checked="" type="checkbox"/> Нет
20. Новообразования (опухоли злокачественные или доброкачественные), в т.ч. заболевания крови ?	<input type="checkbox"/> Да <input checked="" type="checkbox"/> Нет
21. Проходили ли Вы курс радиационной терапии ?	<input type="checkbox"/> Да <input checked="" type="checkbox"/> Нет
22. Принимали ли Вы разного рода седативные (снотворные) вещества, транквилизаторы (антидепрессанты) или наркотические вещества в лечебных или иных целях ?	<input type="checkbox"/> Да <input checked="" type="checkbox"/> Нет
23. Принимали ли Вы лекарственные препараты непрерывно более 4-х недель?	<input type="checkbox"/> Да <input checked="" type="checkbox"/> Нет
24. Проходили ли Вы специальные обследования (рентген, ЭКГ, УЗИ, др.) в связи с заболеваниями за последние 5 лет ?	<input type="checkbox"/> Да <input checked="" type="checkbox"/> Нет
25. (ВОПРОС ДЛЯ ЖЕНЩИН). Обнаруживали ли у Вас какие-либо заболевания женских половых органов (молочных желез, придатков, матки), осложненные беременность, роды, кесарево сечение или выкидыши ?	<input type="checkbox"/> Да <input checked="" type="checkbox"/> Нет
Беременны ли вы сейчас ?	<input type="checkbox"/> Да <input checked="" type="checkbox"/> Нет
26. Другие болезни, операции, госпитализации, нетрудоспособность, отравления, несчастные случаи за последние 5 лет ?	<input type="checkbox"/> Да <input checked="" type="checkbox"/> Нет
27. Болите ли Вы в настоящий момент ?	<input type="checkbox"/> Да <input checked="" type="checkbox"/> Нет
28. Намереваетесь ли Вы обратиться к врачу в течение ближайших 4 недель ?	<input type="checkbox"/> Да <input checked="" type="checkbox"/> Нет
29. ИСТОРИЯ СЕМЬИ: Страдали ли от диабета, рака, инсульта, заболеваний сердца или болезней почек Ваши родители, братья или сестры, живые или умершие в возрасте до 60 лет ?	<input type="checkbox"/> Да <input checked="" type="checkbox"/> Нет

Заявляю, что я прочел(-ла) и согласен(-на) с ОБЩИМИ ПРАВИЛАМИ СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ, ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМИ УСЛОВИЯМИ К НИМ и УСЛОВИЯМИ ДОГОВОРА (ПОЛИСА) страхования жизни «Гардиа» и что мои ответы на вопросы, приведенные выше, являются правдивыми и полными. Я предоставляю ООО «Дженерали ППФ Страхование жизни» полное право использовать сообщенную мной информацию для индивидуальной оценки риска, связанного с принятием меня на страхование, а также для заключения и исполнения Договора страхования. Я понимаю, что должен(-на) сообщить ООО «Дженерали ППФ Страхование жизни» обо всех изменениях рода деятельности и увлечений в течение срока действия Договора страхования, так как эти изменения существенно влияют на степень страхового риска.

В случае Отметить любым знаком при согласии на уменьшение страховых сумм без предварительного согласования в случае принятия на страхование с увеличенным тарифом.

Прошу заключить Договор страхования и выдать Полис мне на руки или направить его по почте по адресу Страхователя, указанному в настоящем Заявлении. Я поставлен(-а) в известность о возможном изменении Программы страхования в связи с результатами оценки риска. Я понимаю, что подписание мною настоящего Заявления не означает заключения Договора страхования.

Я согласен(-на) с тем, что Договор страхования вступит в силу с даты, определенной в страховом Полисе, независимо от того, когда Полис будет фактически получен Страхователем, а страхование, обусловленное Договором страхования, будет распространяться на случаи, произошедшие не ранее уплаты страховых взносов в полном объеме, указанном в страховом Полисе в соответствии с решением ООО «Дженерали ППФ Страхование жизни» об условиях принятия на страхование.

Я понимаю, что при наличии отметки любым знаком в квадрате ниже ООО «Дженерали ППФ Страхование жизни» вправе уменьшить страховые суммы без предварительного согласования со мной в случае принятия на страхование с увеличенным тарифом по результатам оценки степени страхового риска ООО «Дженерали ППФ Страхование жизни».



Отметить любым знаком при согласии на уменьшение страховых сумм без предварительного согласования в случае принятия на страхование с увеличенным тарифом.

Я понимаю, что при отсутствии отметки необходимо будет оплатить дополнительный взнос в случае принятия на страхование с увеличенным тарифом по результатам оценки степени страхового риска ООО «Дженерали ППФ Страхование жизни».

Застрахованный

Семенов Владимир Алексеевич

ПОДПИСЬ

Я принимаю на себя ответственность за полноту и правдивость сведений, изложенных Застрахованным выше.

Я согласен(-на) с тем, что Договор страхования со стороны Страховщика скрепляется путем проставления на страховом Полисе аналогов собственноручной подписи уполномоченного лица и печати Страховщика, воспроизведенных с помощью компьютерной программы.

Я даю свое согласие на то, что в целях выполнения обязательств по Договору страхования, а также при уступке (передаче) каких-либо прав (обязательств) по нему, Страховщик, уполномочен раскрывать третьим лицам положения Договора, а также персональную информацию о Страхователе, Застрахованном и Выгодоприобретателе, переданную Страховщику, в связи с Договором страхования.

ДАТА ЗАПОЛНЕНИЯ ЗАЯВЛЕНИЯ | 1 | 7 | 0 | 7 | 2 | 0 | 1 | 0 | Г.

СТРАХОВАТЕЛЬ (Ф.И.О.) **Семенов Владимир Алексеевич**

ПОДПИСЬ

СТРАХОВОЙ КОНСУЛЬТАНТ (Ф.И.О.) **Алексеева Валентина Семеновна**

ПОДПИСЬ

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

ООО «Дженерали ППФ Страхование жизни» обязуется обеспечивать конфиденциальность предоставленной информации

Сотрудник ООО «Дженерали ППФ Страхование жизни», принявший заявление

ПОДПИСЬ

ДАТА

Г.

ЭКЗЕМПЛЯР СТРАХОВЩИКА

Отметить в случае, если Выгодоприобретатель назначается по всем страховым случаям.

По воле Застрахованного

4. ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЬ

В случае, если поле не отмечено, Выгодоприобретатель назначается только на случай смерти Застрахованного

Отметить в случае, если Выгодоприобретатель назначается по всем страховым случаям. В случае, если поле не отмечено, Выгодоприобретатель назначается только на случай смерти Застрахованного

1. доля, % 1 0 0 Ф.И.О. / НАИМЕНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ Семенова Галина Романовна

НОМЕР ПАСПОРТА/СВИДЕТЕЛЬСТВА О РОЖДЕНИИ/ИНН 4 5 0 1 0 1 3 4 4 1

СТЕПЕНЬ РОДСТВА С ЗАСТРАХОВАННЫМ Жена

2. доля, % _____ ФАМИЛИЯ _____

ИМЯ _____ ОТЧЕСТВО _____

НОМЕР ПАСПОРТА/СВИДЕТЕЛЬСТВА О РОЖДЕНИИ _____

СТЕПЕНЬ РОДСТВА С ЗАСТРАХОВАННЫМ _____

Примечание: если Выгодоприобретатель не назначен, страховые выплаты в случае смерти Застрахованного будут осуществлены его законным наследникам.

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ	СТРАХОВАЯ СУММА (РУБЛИ)	СТРАХОВОЙ ВЗНОС (РУБЛИ)
<input checked="" type="checkbox"/> СТРАХОВАНИЕ НА СРОК ¹	<u>5 0 0 0 0 0</u>	<u>2 5 9 7</u>
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ:		
<input checked="" type="checkbox"/> СТРАХОВАНИЕ НА СЛУЧАЙ СОЗ ²	<u>2 5 0 0 0 0</u>	<u>6 8 4</u>
<input checked="" type="checkbox"/> СТРАХОВАНИЕ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ		
<input checked="" type="checkbox"/> СМЕРТЬ В РЕЗУЛЬТАТЕ НС ³	<u>1 0 0 0 0 0 0</u>	<u>7 6 4</u>
<input checked="" type="checkbox"/> ИНВАЛИДНОСТЬ В РЕЗУЛЬТАТЕ НС ³	<u>1 0 0 0 0 0 0</u>	<u>5 3 2</u>
<input checked="" type="checkbox"/> ТЕЛЕСНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ НС ³	<u>1 0 0 0 0 0 0</u>	<u>1 5 3 3</u>
<input checked="" type="checkbox"/> ВРЕМЕННАЯ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ В РЕЗУЛЬТАТЕ НС ³	<u>1 0 0 0 0 0 0</u>	<u>2 3 1 8</u>
<input checked="" type="checkbox"/> ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ НС ⁴	<u>2 0 0 0</u>	<u>4 1 7</u>
	ПРОМЕЖУТОЧНЫЙ ИТОГ (ЦИФРАМИ):	<u>8 8 4 5</u>
<input checked="" type="checkbox"/> СТРАХОВАНИЕ НА ДОЖИТИЕ ⁵		<u>1 2 7 1 2</u>
	ИТОГО СУММА ВЗНОСА (ЦИФРАМИ):	<u>2 1 5 5 7</u>
ИТОГО СУММА ВЗНОСА (прописью): <u>Двадцать одна тысяча пятьсот пятьдесят семь рублей</u>		руб.

ПЕРИОДИЧНОСТЬ ВЗНОСОВ

Ежеквартально Раз в полгода Ежегодно Единовременно

СРОК СТРАХОВАНИЯ

20 лет⁶

ИНДЕКСАЦИЯ

ПОДПИСЬ:

СТРАХОВОЙ КОНСУЛЬТАНТ А.А.

ЗАСТРАХОВАННЫЙ Семенова

СТРАХОВАТЕЛЬ Семенова

¹ Страховая сумма устанавливается с точностью до 1 000 рублей и не может быть менее 150 000 рублей. Максимальный размер страховой суммы не может превышать 10 000 000 рублей.

² Страховая сумма устанавливается с точностью до 1 000 рублей и не может быть менее 75 000 рублей. Максимальный размер страховой суммы не может превышать наименьшее из двух чисел: 50% страховой суммы по программе «Страхование на срок» Базовой программы и 750 000 рублей.

³ Страховая сумма устанавливается с точностью до 1 000 рублей и не может быть менее 150 000 рублей. Максимальный размер страховой суммы не может превышать наименьшее из двух чисел: 200% страховой суммы по программе «Страхование на срок» Базовой программы и 1 500 000 рублей.

⁴ Страховая сумма устанавливается с точностью до 1 рубля и не может быть менее 300 рублей. Максимальный размер страховой суммы не может превышать наименьшее из двух чисел: 0,4% от страховой суммы по риску «Страхование на срок» Базовой программы и 3 000 рублей.

⁵ Страховая сумма про риску «Дожитие» Базовой программы устанавливается в зависимости от срока страхования: для срока страхования от 5 до 9 лет включительно – как 25% от страховых взносов за весь срок страхования; для срока страхования от 10 до 19 лет включительно – как 50%; для срока страхования от 20 до 30 лет включительно – как 75%.

⁶ Допустимый срок страхования от 5 до 30 лет включительно.



GENERALI PPF
Страхование жизни

inphorce
insurance & services

ЗАЯВЛЕНИЕ НА СТРАХОВАНИЕ ЖИЗНИ

АРХ. № _____

КОМФОРТ+
АГЕНТ № **1 3 1 0 2 0 3**

Заявление на страхование жизни № **1023437733** Контрольная цифра для почтового перевода **9**

1. СТРАХОВЩИК ООО «Дженерали ППФ Страхование жизни», лицензия ФССН С № 360977, Адрес: 125040, г. Москва, ул.Правды, д.8, стр.1, Телефон: (495) 7858200

2. СТРАХОВАТЕЛЬ Ф.И.О./Наименование организации **Семенов Владимир Алексеевич**

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

НОМЕР ПАСПОРТА/ИНН **4 6 0 2 5 4 7 0 0 2**

ИНДЕКС **1 2 2 2 5 4** ОБЛАСТЬ (КРАЙ) **Московская обл.**

РАЙОН **Щелковский р-н** НАСЕЛЕННЫЙ ПУНКТ (ГОРОД) **п. Монино**

УЛИЦА **ул. Алксниса** ДОМ **9** КОРПУС КВАРТИРА **16**

ТЕЛЕФОН **9 0 3 5 5 4 7 7 2 2** E-MAIL

МЕСТО РАБОТЫ **ООО «Инсентив тур»**

ДОЛЖНОСТЬ **Юрисконсульт** ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ КЛАСС (если Страхователь является Застрахованным) **1**

ИНДЕКС **1 0 5 2 2 4** ТЕЛЕФОН (РАБ.) **4 9 5 6 2 1 4 4 1 1**

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

Отметить в случае, если Застрахованный является Страхователем, в этом случае сведения о Застрахованном заполнять необязательно.

3. ЗАСТРАХОВАННЫЙ ФАМИЛИЯ

ИМЯ ОТЧЕСТВО

ПОЛ М Ж ДАТА РОЖДЕНИЯ г. СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ

НОМЕР ПАСПОРТА

ИНДЕКС ОБЛАСТЬ (КРАЙ)

Отметить в случае, если Застрахованный является Страхователем, в этом случае сведения о Застрахованном заполнять необязательно.

ТЕЛЕФОН E-MAIL

МЕСТО РАБОТЫ

ДОЛЖНОСТЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ КЛАСС

ИНДЕКС ТЕЛЕФОН (РАБ.)

АДРЕС МЕСТА РАБОТЫ

Образцы заполнения документов на оплату



Бланк почтового перевода



1304



П
Р
И
Е
М

ф. 112эф

ce
vices

16

ПОЧТА РОССИИ

№ _____
(по накладной ф.16)

№ _____
(по реестру ф.10)

ПОЧТОВЫЙ ПЕРЕВОД на **15700** руб. **00** коп.

Тятнадцать тысяч семьсот руб. 00 коп.
(рубли прописью, копейки цифрами)

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

Куда: **125956 Федеральный клиент ООО "Дженерали ППФ Страхование жизни"**
(адрес получателя)

Выплатить наличными деньгами Индекс _____

ИНН: _____ Кор/счет: _____

Наименование банка: _____

Рас/счет: _____ БИК: _____

От кого: **Семенов** ИНН при его наличии _____
(фамилия, имя, отчество)

Владимир Алексеевич

Адрес отправителя: **Московская обл., Щелковский р-н,**
(адрес места жительства (регистрации), адрес пребывания (нужное зачеркнуть))

п. Монино, ул. Алксниса, д. 9, кв. 16 Индекс **122254**

Сообщение: **0 6 9 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0 3 4 3 0 8 1 6 1**
(назначение платежа)

Предъявлен **паспорт** Серия **4602** № **547002** выдан **01 10 02** г.
(наименование документа)

ОВД Щелковского р-на Московской области
(наименование учреждения)

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

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

Гражданство: **РФ** Подпись отправителя **[Подпись]**



06900000000010034308161

_____ (шифр и подпись) _____ (подпись оператора)

Обедаенное жирной линией заполняется отправителем

Исправления не допускаются