



GENERALI PPF

Страхование жизни

КВИТАНЦИЯ №
на получение страховой премии (взноса)
Страховщик:
ООО "Дженерали ППФ Страхование жизни"

Форма № А-7
по ОКУД - 0796205
Утверждена приказом Министерства финансов РФ
от 17 мая 2006 г. № 80н
КОД по ОКПО 58053455
ИНН 7744001803

Страхователь _____
(фамилия, имя, отчество гражданина)

Номер и серия страхового полиса совпадает с номером настоящей квитанции

Вид страхования: Страхование от несчастного случая

Получена страховая премия (взнос) _____ руб. _____ коп.
(сумма прописью)

в том числе:

наличными денежными средствами _____ руб. _____ коп.
(сумма прописью)

с использованием платежной карты _____ руб. _____ коп.
(сумма прописью)

Получил представитель страховщика/страховой брокера _____
(фамилия, имя, отчество, должность, наименование страхового агента/страхового брокера юридического лица)

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

" ____ " _____ 200 ____ г.
(дата расчета)





GENERALI PPF

Страхование жизни

КВИТАНЦИЯ №
на получение страховой премии (взноса)
Страховщик:
ООО "Дженерали ППФ Страхование жизни"

Форма № А-7
по ОКУД - 0796205
Утверждена приказом Министерства финансов РФ
от 17 мая 2006 г. № 80н
КОД по ОКПО 58053455
ИНН 7744001803

Страхователь _____
(фамилия, имя, отчество гражданина)

Номер и серия страхового полиса совпадает с номером настоящей квитанции

Вид страхования: Страхование от несчастного случая

Получена страховая премия (взнос) _____ руб. _____ коп.
(сумма прописью)

в том числе:

наличными денежными средствами _____ руб. _____ коп.
(сумма прописью)

с использованием платежной карты _____ руб. _____ коп.
(сумма прописью)

Получил представитель страховщика/страховой брокера _____
(фамилия, имя, отчество, должность, наименование страхового агента/страхового брокера юридического лица)

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

" ____ " _____ 200 ____ г.
(дата расчета)





GENERALI PPF

Страхование жизни

ЗАЯВЛЕНИЕ НА СТРАХОВАНИЕ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ (далее – НС)

ВАРИАНТ+

АРХ. № _____

АГЕНТ № _____

Заявление на страхование жизни № _____	Контрольная цифра для почтового перевода _____
--	--

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. _____
ДАТА РОЖДЕНИЯ	_____. _____. _____. г. ПОЛ М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/>
НОМЕР ПАСПОРТА	_____
ИНДЕКС	_____ АДРЕС _____
ТЕЛЕФОН	_____
МЕСТО РАБОТЫ, ДОЛЖНОСТЬ	ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ КЛАСС (если Страхователь является Застрахованным) _____
АДРЕС РАБОТЫ	ТЕЛЕФОН РАБ. _____
ТЕЛЕФОН МОБ.	EMAIL: _____

3. ЗАСТРАХОВАННЫЙ	(заполняется, если он не совпадает со Страхователем)
--------------------------	--

Ф.И.О. _____	
ДАТА РОЖДЕНИЯ	_____. _____. _____. г. ПОЛ М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/>
НОМЕР ПАСПОРТА	_____
ИНДЕКС	_____ АДРЕС _____
ТЕЛЕФОН	_____
МЕСТО РАБОТЫ, ДОЛЖНОСТЬ	ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ КЛАСС _____
АДРЕС РАБОТЫ	ТЕЛЕФОН РАБ. _____
ТЕЛЕФОН МОБ.	EMAIL: _____

4. ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЬ	По воле Застрахованного в случае его смерти выплата будет осуществляться следующему Выгодоприобретателю:
------------------------------	--

1. Ф.И.О. _____	
ДАТА РОЖДЕНИЯ	_____. _____. _____. г.
НОМЕР ПАСПОРТА/СВИДЕТЕЛЬСТВА О РОЖДЕНИИ для несовершеннолетних	_____
СТЕПЕНЬ РОДСТВА С ЗАСТРАХОВАННЫМ	ДОЛЯ, % _____
2. Ф.И.О. _____	
ДАТА РОЖДЕНИЯ	_____. _____. _____. г.
НОМЕР ПАСПОРТА/СВИДЕТЕЛЬСТВА О РОЖДЕНИИ для несовершеннолетних	_____
СТЕПЕНЬ РОДСТВА С ЗАСТРАХОВАННЫМ	ДОЛЯ, % _____

Если Выгодоприобретатель не указан, им являются законные наследники Застрахованного.

Программа страхования
 Прошу заключить Договор страхования на указанных ниже условиях:

Номер	Перечень страховых случаев	Включить страховые случаи	Базовая страховая сумма (рубли) ¹	Коэффициент к базовой страховой сумме	Итого страховая сумма ² (рубли)	Базовый страховой взнос в зависимости от профессионального класса (рубли) ⁴			Итого Страховой взнос (рубли)
						1	2	3	
1	Смерть в результате НС, Смерть в результате ДТП ¹ , Инвалидность в результате НС, Инвалидность в результате ДТП ¹	<input checked="" type="checkbox"/>	100 000	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> от 1 до 30	600	900	1200		
2	Телесные повреждения в результате НС	<input type="checkbox"/>	100 000	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> от 1 до 10 ²	520	780	1040		
3	3.1 Госпитализация в результате НС	<input type="checkbox"/>	100	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> от 1 до 10 ²	110	165	220		
	3.2 Дополнительно к п 3.1 в случае прогрессивной выплаты ³	<input type="checkbox"/>			60	90	120		

Итого страховой взнос (рубли) _____

Итого страховой взнос (рубли) с коэффициентом 2.0 (заполняется только при условии ответа «Да» на вопрос №3 Анкеты Застрахованного.) _____

¹Базовая страховая сумма по страховым случаям "Смерть в результате ДТП" "Инвалидность в результате ДТП" устанавливается в размере 50% от базовой страховой суммы по страховым случаям "Смерть в результате НС", "Инвалидность в результате НС"
²При отметке этого пункта страховым случаем будет являться «Госпитализация с прогрессивной выплатой» (п. 15.2 Условий Полиса)
³Страховая сумма по случаю «Госпитализация с прогрессивной выплатой» указывается только на первые 30 дней пребывания в стационаре
⁴Если профессию Застрахованного можно отнести к 4 профессиональному классу, то для предварительного расчета размера страхового взноса можно использовать профессиональный класс 3
⁵Коэффициент к базовой страховой сумме по страховому случаю «Телесные повреждения» не может превышать коэффициента к базовой страховой сумме по страховым случаям «Смерть в результате НС», «Инвалидность в результате НС»
⁶Коэффициент к базовой страховой сумме по страховому случаю «Госпитализация в результате НС» не может превышать двойного коэффициента к базовой сумме по страховым случаям «Смерть в результате НС», «Инвалидность в результате НС»
 Путем проставления любого знака в этом квадрате Страхователь согласен с тем, что ему может быть предложена индексация.

С назначением Выгодоприобретателя согласен. (Не заполняется в случае, если Выгодоприобретатель по Полису в графе 4 не назначен)

ЗАСТРАХОВАННЫЙ	Ф.И.О. _____
ПОДПИСЬ ЗАСТРАХОВАННОГО	_____
ДАТА	_____. _____. _____. г.
_____	месяц прописью _____

СТРАХОВАТЕЛЬ	Ф.И.О. _____
ПОДПИСЬ СТРАХОВАТЕЛЯ	_____
ДАТА	_____. _____. _____. г.
_____	месяц прописью _____

АНКЕТА ЗАСТРАХОВАННОГО	При отметке «Да» на какой-либо вопрос даются подробные ответы на дополнительные вопросы
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 type="checkbox"/> Нет
Если «Да» то ответьте на следующие вопросы:	
1.1. Характер профессиональной деятельности	
1.2. Основные обязанности	
1.3. Как часто подвергаетесь опасности?	
2. Намереваетесь ли Вы путешествовать в «горячие точки» планеты (места вооруженных конфликтов и военных или боевых действий)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Если «Да» то ответьте на следующие вопросы:	
2.1. Куда Вы ездите или намереваетесь поехать?	
2.2. Род Ваших занятий при выезде?	
2.3. Как часто подвергаетесь опасности?	
3. Занимаетесь ли Вы в качестве хобби 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 type="checkbox"/> Нет
Если «Да» то ответьте на следующие вопросы:	
3.1. Вид спорта	
3.2. Как часто занимаетесь?	
4. 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 type="checkbox"/> Нет
Если «Да» то ответьте на следующие вопросы:	
4.1. Название страховой компании	Вид страхования _____
4.2. Страховая сумма	
4.3. Срок: с _____ г. по _____ г.	
5. Были ли у Вас травмы, несчастные случаи (НС) за последние 5 лет?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Если «Да» то ответьте на следующие вопросы:	
5.1. Дата НС	_____. _____. _____. г.
5.2. Диагноз	
5.3. Период госпитализации	Если были осложнения, укажите диагноз _____
6. Имеется ли у Вас группа инвалидности?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Если «Да» то ответьте на следующие вопросы:	
6.1. Группа	Когда установлена _____
6.2. Диагноз	
7. Болели ли Вы когда-либо или страдали какими-либо нервными или психическими заболеваниями, например, эпилепсией, временной потерей сознания, параличом или состоянием депрессии?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Если «Да», то ответьте на следующие вопросы:	
7.1. Диагноз	Дата постановки _____ г.
7.2. Страдаете ли в настоящее время, если «Да», то укажите симптомы	

Заявляю, что я прочел(ла), понял(а) и согласен(на) с Правилами СТРАХОВАНИЯ от несчастных случаев и болезней и УСЛОВИЯМИ ПОЛИСА по страхованию от несчастных случаев серии АЮ 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 (должна) сообщить ООО «Дженерали ППФ Страхование жизни» обо всех изменениях моего рода деятельности и увлечений в течение срока действия Договора страхования. Разрешаю любому лечебному учреждению или врачу, куда и к кому я обращался (обращалась) или буду обращаться в течение срока действия Договора страхования, предоставить полную информацию, касающуюся состояния моего здоровья, ООО «Дженерали ППФ Страхование жизни».
 Прошу заключить договор страхования (выдать полис) на согласованных выше условиях и последовательно перезаключать его каждый раз на один год на Условиях Полиса. Я поставлен(а) в известность о возможном изменении программы страхования в связи с результатом оценки риска. Я согласен с тем, что полис вступит в силу и будет получен на руки только после уплаты мной страхового взноса в полном объеме, указанном в страховом полисе в соответствии с решением ООО «Дженерали ППФ Страхование жизни» об условиях принятия на страхование.
 Я понимаю, что в случае отметки любым знаком в квадрате ниже ООО «Дженерали ППФ Страхование жизни» вправе уменьшить страховую сумму без предварительного согласования со мной в случае принятия меня на страхование с увеличенным тарифом.
 Отметить любым знаком в случае согласия на пропорциональное 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 меня на страхование с увеличенным тарифом по результатам оценки степени риска ООО «Дженерали ППФ Страхование жизни».
 Я согласен(на) с тем, что Договор страхования со стороны Страховщика может скрепляться путем проставления на страховом Полисе аналогов собственноручной подписи уполномоченного лица и печати Страховщика, воспроизведенных с помощью компьютерной программы.

ЗАСТРАХОВАННЫЙ	Ф.И.О. _____
ПОДПИСЬ ЗАСТРАХОВАННОГО	_____
ДАТА	_____. _____. _____. г.
_____	месяц прописью _____

СТРАХОВАТЕЛЬ	Ф.И.О. _____
ПОДПИСЬ СТРАХОВАТЕЛЯ	_____
ДАТА	_____. _____. _____. г.
_____	месяц прописью _____

Ф.И.О. АГЕНТА	_____
ПОДПИСЬ АГЕНТА	_____
ДАТА	_____. _____. _____. г.
_____	месяц прописью _____

НАЗВАНИЕ АГЕНТСТВА (АГЕНТА)	_____
Ф.И.О. представителя ООО «Дженерали ППФ Страхование жизни», принявшего заявление	_____
ПОДПИСЬ	_____
ДАТА	_____. _____. _____. г.
_____	месяц прописью _____

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



GENERALI PPF

Страхование жизни

ЗАЯВЛЕНИЕ НА СТРАХОВАНИЕ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ (далее – НС)

ВАРИАНТ+

АРХ. № _____

АГЕНТ № _____

Заявление на страхование жизни № _____	Контрольная цифра для почтового перевода _____
--	--

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. _____
ДАТА РОЖДЕНИЯ _____ г.	ПОЛ М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/>
НОМЕР ПАСПОРТА _____	ИНДЕКС _____ АДРЕС _____
ТЕЛЕФОН _____	
МЕСТО РАБОТЫ, ДОЛЖНОСТЬ _____	ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ КЛАСС (если Страхователь является Застрахованным) _____
АДРЕС РАБОТЫ _____	ТЕЛЕФОН РАБ. _____
ТЕЛЕФОН МОБ. _____	EMAIL: _____

3. ЗАСТРАХОВАННЫЙ	(заполняется, если он не совпадает со Страхователем)
Ф.И.О. _____	
ДАТА РОЖДЕНИЯ _____ г.	ПОЛ М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/>
НОМЕР ПАСПОРТА _____	ИНДЕКС _____ АДРЕС _____
ТЕЛЕФОН _____	
МЕСТО РАБОТЫ, ДОЛЖНОСТЬ _____	ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ КЛАСС _____
АДРЕС РАБОТЫ _____	ТЕЛЕФОН РАБ. _____
ТЕЛЕФОН МОБ. _____	EMAIL: _____

4. ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЬ	По воле Застрахованного в случае его смерти выплата будет осуществляться следующему Выгодоприобретателю:
1. Ф.И.О. _____	
ДАТА РОЖДЕНИЯ _____ г.	
НОМЕР ПАСПОРТА/СВИДЕТЕЛЬСТВА О РОЖДЕНИИ для несовершеннолетних _____	
СТЕПЕНЬ РОДСТВА С ЗАСТРАХОВАННЫМ _____	ДОЛЯ, % _____
2. Ф.И.О. _____	
ДАТА РОЖДЕНИЯ _____ г.	
НОМЕР ПАСПОРТА/СВИДЕТЕЛЬСТВА О РОЖДЕНИИ для несовершеннолетних _____	
СТЕПЕНЬ РОДСТВА С ЗАСТРАХОВАННЫМ _____	ДОЛЯ, % _____
Если Выгодоприобретатель не указан, им являются законные наследники Застрахованного.	

Программа страхования
 Прошу заключить Договор страхования на указанных ниже условиях:

Номер	Перечень страховых случаев	Включить страховые случаи	Базовая страховая сумма (рубли) ¹	Коэффициент к базовой страховой сумме	Итого страховая сумма ² (рубли)	Базовый страховой взнос в зависимости от профессионального класса (рубли) ⁴			Итого Страховой взнос (рубли)
						1	2	3	
1	Смерть в результате НС, Смерть в результате ДТП ¹ , Инвалидность в результате НС, Инвалидность в результате ДТП ¹	<input checked="" type="checkbox"/>	100 000	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> от 1 до 30		600	900	1200	
2	Телесные повреждения в результате НС	<input type="checkbox"/>	100 000	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> от 1 до 10 ²		520	780	1040	
3	3.1 Госпитализация в результате НС	<input type="checkbox"/>	100	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> от 1 до 10 ²		110	165	220	
	3.2 Дополнительно к п 3.1 в случае прогрессивной выплаты ³	<input type="checkbox"/>				60	90	120	

Итого страховой взнос (рубли) _____

Итого страховой взнос (рубли) с коэффициентом 2.0 (заполняется только при условии ответа «Да» на вопрос №3 Анкеты Застрахованного.) _____

¹Базовая страховая сумма по страховым случаям "Смерть в результате ДТП" "Инвалидность в результате ДТП" устанавливается в размере 50% от базовой страховой суммы по страховым случаям "Смерть в результате НС", "Инвалидность в результате НС"
²При отметке этого пункта страховым случаем будет являться «Госпитализация с прогрессивной выплатой» (п. 15.2 Условий Полиса)
³Страховая сумма по случаю «Госпитализация с прогрессивной выплатой» указывается только на первые 30 дней пребывания в стационаре
⁴Если профессию Застрахованного можно отнести к 4 профессиональному классу, то для предварительного расчета размера страхового взноса можно использовать профессиональный класс 3
⁵Коэффициент к базовой страховой сумме по страховому случаю «Телесные повреждения» не может превышать коэффициента к базовой страховой сумме по страховым случаям «Смерть в результате НС», «Инвалидность в результате НС»
⁶Коэффициент к базовой страховой сумме по страховому случаю «Госпитализация в результате НС» не может превышать двойного коэффициента к базовой сумме по страховым случаям «Смерть в результате НС», «Инвалидность в результате НС»
 Путем проставления любого знака в этом квадрате Страхователь согласен с тем, что ему может быть предложена индексация.

С назначением Выгодоприобретателя согласен. (Не заполняется в случае, если Выгодоприобретатель по Полису в графе 4 не назначен)

ЗАСТРАХОВАННЫЙ	Ф.И.О. _____
ПОДПИСЬ ЗАСТРАХОВАННОГО	ДАТА _____ г.
	месяц прописью _____

СТРАХОВАТЕЛЬ	Ф.И.О. _____
ПОДПИСЬ СТРАХОВАТЕЛЯ	ДАТА _____ г.
	месяц прописью _____

АНКЕТА ЗАСТРАХОВАННОГО	При отметке «Да» на какой-либо вопрос даются подробные ответы на дополнительные вопросы
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 type="checkbox"/> Нет
Если «Да» то ответьте на следующие вопросы:	
1.1. Характер профессиональной деятельности	
1.2. Основные обязанности	
1.3. Как часто подвергаетесь опасности?	
2. Намереваетесь ли Вы путешествовать в «горячие точки» планеты (места вооруженных конфликтов и военных или боевых действий)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Если «Да» то ответьте на следующие вопросы:	
2.1. Куда Вы ездите или намереваетесь поехать?	
2.2. Род Ваших занятий при выезде?	
2.3. Как часто подвергаетесь опасности?	
3. Занимаетесь ли Вы в качестве хобби 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 type="checkbox"/> Нет
Если «Да» то ответьте на следующие вопросы:	
3.1. Вид спорта	
3.2. Как часто занимаетесь?	
4. 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 type="checkbox"/> Нет
Если «Да» то ответьте на следующие вопросы:	
4.1. Название страховой компании	Вид страхования _____
4.2. Страховая сумма _____	
4.3. Срок: с _____ г. по _____ г.	
5. Были ли у Вас травмы, несчастные случаи (НС) за последние 5 лет?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Если «Да» то ответьте на следующие вопросы:	
5.1. Дата НС _____ г.	
5.2. Диагноз _____	
5.3. Период госпитализации _____	Если были осложнения, укажите диагноз _____
6. Имеется ли у Вас группа инвалидности?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Если «Да» то ответьте на следующие вопросы:	
6.1. Группа _____	Когда установлена _____
6.2. Диагноз _____	
7. Болели ли Вы когда-либо или страдали какими-либо нервными или психическими заболеваниями, например, эпилепсией, временной потерей сознания, параличом или состоянием депрессии?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Если «Да», то ответьте на следующие вопросы:	
7.1. Диагноз _____	Дата постановки _____ г.
7.2. Страдаете ли в настоящее время, если «Да», то укажите симптомы _____	

Заявляю, что я прочел(ла), понял(а) и согласен(на) с Правилами СТРАХОВАНИЯ от несчастных случаев и болезней и УСЛОВИЯМИ ПОЛИСА по страхованию от несчастных случаев серии АЮ 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 (должна) сообщить ООО «Дженерали ППФ Страхование жизни» обо всех изменениях моего рода деятельности и увлечений в течение срока действия Договора страхования. Разрешаю любому лечебному учреждению или врачу, куда и к кому я обращался (обращалась) или буду обращаться в течение срока действия Договора страхования, предоставить полную информацию, касающуюся состояния моего здоровья, ООО «Дженерали ППФ Страхование жизни».
 Прошу заключить договор страхования (выдать полис) на согласованных выше условиях и последовательно перезаключать его каждый раз на один год на Условиях Полиса. Я поставлен(а) в известность о возможном изменении программы страхования в связи с результатом оценки риска. Я согласен с тем, что полис вступит в силу и будет получен на руки только после уплаты мной страхового взноса в полном объеме, указанном в страховом полисе в соответствии с решением ООО «Дженерали ППФ Страхование жизни» об условиях принятия на страхование.
 Я понимаю, что в случае отметки любым знаком в квадрате ниже ООО «Дженерали ППФ Страхование жизни» вправе уменьшить страховую сумму без предварительного согласования со мной в случае принятия меня на страхование с увеличенным тарифом.
 Отметить любым знаком в случае согласия на пропорциональное 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 меня на страхование с увеличенным тарифом по результатам оценки степени риска ООО «Дженерали ППФ Страхование жизни».
 Я согласен(на) с тем, что Договор страхования со стороны Страховщика может скрепляться путем проставления на страховом Полисе аналогов собственноручной подписи уполномоченного лица и печати Страховщика, воспроизведенных с помощью компьютерной программы.

ЗАСТРАХОВАННЫЙ	Ф.И.О. _____
ПОДПИСЬ ЗАСТРАХОВАННОГО	ДАТА _____ г.
	месяц прописью _____

СТРАХОВАТЕЛЬ	Ф.И.О. _____
ПОДПИСЬ СТРАХОВАТЕЛЯ	ДАТА _____ г.
	месяц прописью _____

Ф.И.О. АГЕНТА _____	
ПОДПИСЬ АГЕНТА	ДАТА _____ г.
	месяц прописью _____
НАЗВАНИЕ АГЕНТСТВА (АГЕНТА) _____	

Ф.И.О. представителя ООО «Дженерали ППФ Страхование жизни», принявшего заявление _____	
ПОДПИСЬ _____	ДАТА _____ г.
	месяц прописью _____

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



1304



П
Р
И
Е
М

ПОЧТА РОССИИ

№ _____
(по накладной ф.16)

№ _____
(по реестру ф.10)

ф. 112эф

ПОЧТОВЫЙ ПЕРЕВОД на _____ руб. _____ 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: _____ ИНН при его наличии _____
(фамилия, имя, отчество)

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

Индекс _____

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

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

_____ (наименование учреждения)

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)

Обведенное жирной линией заполняется отправителем

Исправления не допускаются