



# 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 брокер \_\_\_\_\_  
(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:

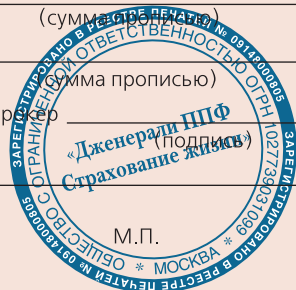
наличными денежными средствами \_\_\_\_\_ руб. \_\_\_\_\_ коп.  
(сумма прописью)

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 _____
--	--

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

<b>2. СТРАХОВАТЕЛЬ</b>	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: _____

<b>3. ЗАСТРАХОВАННЫЙ</b>	(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: _____

<b>4. ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЬ</b>	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, % _____
<b>Если Выгодоприобретатель не указан, им являются законные наследники Застрахованного.</b>	

**Программа страхования**  
 Прошу заключить Договор страхования на указанных ниже условиях:

Номер	Перечень страховых случаев	Включить страховые случаи	Базовая страховая сумма (рубли) <sup>1</sup>	Коэффициент к базовой страховой сумме	Итого страховая сумма <sup>2</sup> (рубли)	Базовый страховой взнос в зависимости от профессионального класса (рубли) <sup>4</sup>			Итого Страховой взнос (рубли)
						1	2	3	
1	Смерть в результате НС, Смерть в результате ДТП <sup>1</sup> , Инвалидность в результате НС, Инвалидность в результате ДТП <sup>1</sup>	<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 <sup>2</sup>		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 <sup>2</sup>		110	165	220	
	3.2 Дополнительно к п 3.1 в случае прогрессивной выплаты <sup>3</sup>	<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.) \_\_\_\_\_

<sup>1</sup>Базовая 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"  
<sup>2</sup>При отметке этого пункта страховым случаем будет являться «Госпитализация с прогрессивной выплатой» (п. 15.2 Условий Полиса)  
<sup>3</sup>Страховая сумма по случаю «Госпитализация с прогрессивной выплатой» указывается только на первые 30 дней пребывания в стационаре  
<sup>4</sup>Если профессию Застрахованного можно отнести к 4 профессиональному классу, то для предварительного расчета размера страхового взноса можно использовать профессиональный класс 3  
<sup>5</sup>Коэффициент 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»  
<sup>6</sup>Коэффициент 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)

<b>ЗАСТРАХОВАННЫЙ</b>	Ф.И.О. _____
ПОДПИСЬ ЗАСТРАХОВАННОГО	_____ ДАТА _____ г. месяц прописью _____

<b>СТРАХОВАТЕЛЬ</b>	Ф.И.О. _____
ПОДПИСЬ СТРАХОВАТЕЛЯ	_____ ДАТА _____ г. месяц прописью _____

<b>АНКЕТА ЗАСТРАХОВАННОГО</b>	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.

<b>ЗАСТРАХОВАННЫЙ</b>	Ф.И.О. _____
ПОДПИСЬ ЗАСТРАХОВАННОГО	_____ ДАТА _____ г. месяц прописью _____

<b>СТРАХОВАТЕЛЬ</b>	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  Ж 

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  Ж 

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) <sup>1</sup>	Коэффициент к базовой страховой сумме	Итого страховая сумма <sup>2</sup> (рубли)	Базовый страховой взнос в зависимости от профессионального класса (рубли) <sup>4</sup>			Итого Страховой взнос (рубли)
						1	2	3	
1	Смерть в результате НС, Смерть в результате ДТП <sup>1</sup> , Инвалидность в результате НС, Инвалидность в результате ДТП <sup>1</sup>	<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 <sup>2</sup>		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 <sup>2</sup>		110	165	220	
	3.2 Дополнительно к п 3.1 в случае прогрессивной выплаты <sup>3</sup>	<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.) \_\_\_\_\_

<sup>1</sup>Базовая 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"  
<sup>2</sup>При отметке этого пункта страховым случаем будет являться «Госпитализация с прогрессивной выплатой» (п. 15.2 Условий Полиса)  
<sup>3</sup>Страховая сумма по случаю «Госпитализация с прогрессивной выплатой» указывается только на первые 30 дней пребывания в стационаре  
<sup>4</sup>Если профессию Застрахованного можно отнести к 4 профессиональному классу, то для предварительного расчета размера страхового взноса можно использовать профессиональный класс 3  
<sup>5</sup>Коэффициент 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»  
<sup>6</sup>Коэффициент 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 \_\_\_\_\_

месяц прописью \_\_\_\_\_

**СТРАХОВАТЕЛЬ** Ф.И.О. \_\_\_\_\_

ПОДПИСЬ СТРАХОВАТЕЛЯ \_\_\_\_\_

ДАТА \_\_\_\_\_

месяц прописью \_\_\_\_\_

НС/АЮ/2/2009

**АНКЕТА ЗАСТРАХОВАННОГО** При отметке «Да» на какой-либо вопрос даются подробные ответы на дополнительные вопросы1. 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)?  Да  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)?  Да  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?  Да  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?  Да  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?  Да  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?  Да  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?  Да  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 \_\_\_\_\_

месяц прописью \_\_\_\_\_

**СТРАХОВАТЕЛЬ** Ф.И.О. \_\_\_\_\_

ПОДПИСЬ СТРАХОВАТЕЛЯ \_\_\_\_\_

ДАТА \_\_\_\_\_

месяц прописью \_\_\_\_\_

Ф.И.О. АГЕНТА \_\_\_\_\_

ПОДПИСЬ АГЕНТА \_\_\_\_\_

ДАТА \_\_\_\_\_

месяц прописью \_\_\_\_\_

НАЗВАНИЕ АГЕНСТВА (АГЕНТА) \_\_\_\_\_

Ф.И.О. представителя ООО «Дженерали ППФ Страхование жизни», принявшего заявление \_\_\_\_\_

ПОДПИСЬ \_\_\_\_\_

ДАТА \_\_\_\_\_

месяц прописью \_\_\_\_\_

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



### УСЛОВИЯ ПОЛИСА СТРАХОВАНИЯ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ (СЕРИЯ АЮ)

1. Полис подтверждает факт заключения Договора страхования на основании письменного заявления Страхователя и в соответствии с Правилами добровольного страхования от несчастных случаев и болезней (Приложение №1 к Полису), утвержденными ООО «Дженерали ППФ Страхование жизни» 19 марта 2002 г (далее по тексту - Правила страхования). В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» Страхователь дает свое согласие ООО «Дженерали ППФ Страхование жизни» на проверку и обработку, включая сбор, систематизацию, накопление, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных Страхователя, Застрахованного (Застрахованных) и Выгодоприобретателя, указанных в заявлении на страхование от несчастных случаев «Вариант+», с использованием средств автоматизации и/или без использования таких средств, в целях заключения и исполнения договора страхования, а также при уступке (передаче) каких-либо прав (обязательств) по нему.
2. Застрахованным по Полису может быть лицо в возрасте от 18 до 70 лет. Возраст Застрахованного считается как календарный год начала Договора страхования минус календарный год рождения Застрахованного. Застрахованный может отличаться от Страхователя.
3. Не подлежат страхованию лица, являющиеся на момент заключения Договора страхования инвалидами первой, второй или третьей группы, а также лица, страдающие психическими заболеваниями.
4. Срок Договора страхования - 1 (один) год. Дата начала Договора, при условии своевременной и полной оплаты Страхователем страховой премии (Страхового взноса) в соответствии с п. 8. Настоящих Условий, совпадает с датой выдачи Полиса, которая указана на его лицевой стороне. Дата окончания Договора страхования определяется следующим образом: день и месяц даты окончания равны дню и месяцу даты начала, а год даты окончания равен году даты начала, увеличенному на 1 (один) год.
5. Страховщик вправе предложить Страхователю перезаключение Договора страхования каждый раз еще на 1 (один) год. Перезаключение Договора производится путем выдачи Страховщиком Страхователю нового страхового Полиса, подписанного Страховщиком, с отметкой «возобновленный». Возобновленный Полис направляется Страхователю по Почте заказным письмом по адресу Страхователя, указанному в Полисе, за 60 дней до даты перезаключения Полиса. Договор страхования считается перезаключенным (заключенным на новый срок) с даты выдачи Полиса, указанной в возобновленном Полисе, при условии принятия Страхователем Полиса на почтовом отделении и одновременной и полной оплаты страховой премии в соответствии с п. 8. Настоящих Условий. Полис не вступает в силу и Страховщик освобождается от ответственности за вызванные этим возможные убытки Страхователя при неполучении Страховщиком уведомления о вручении Полиса в течение 30 (тридцати) дней с даты выдачи Полиса независимо от того, произошло это по вине почты или по другой причине. Страховщик при перезаключении Договора вправе провести дополнительную оценку страхового риска (с учетом состояния здоровья, возраста, рода деятельности и увечий Страхователя по состоянию на момент перезаключения) и не производить перезаключение Договора по итогам такой оценки, либо предложить Страхователю перезаключить Договор на других условиях.
6. Согласие Страхователя заключить Договор страхования на предложенных Страховщиком условиях подтверждает Расписка Страхователя, которая становится неотъемлемой частью Договора страхования, либо почтовым уведомлением о вручении Страхователю страхового Полиса, направленного по почте. Страхователь вправе в момент получения страхового Полиса отказаться от страхования путем непроставления своей подписи на Расписке в принятии Полиса, либо не приняв Полис на почтовом отделении. При этом Страховщик возвращает платящую сумму все оплаченные им по такому Полису средства (если они уже были оплачены) в полном объеме в течение 14 дней с даты поступления Страховщиком заявления на возврат средств вместе с оригиналом полиса.
7. Договор страхования прекращается досрочно в случаях и порядке, установленных Правилами страхования, а также на следующий день после наступления с Застрахованным третьего несчастного случая в течение одного срока страхования по одному Полису. При этом перезаключение Договора страхования на следующий срок не производится.
8. Страхователь обязан оплатить страховой взнос, указанный в Заявлении на страхование, одновременно в полном объеме в течение 5 (пяти) календарных дней с даты подписания Страхователем заявления на страхование (при первичном заключении Договора страхования), и не позднее даты начала Договора по возобновленному Полису наличными деньгами или путем безналичного перечисления на расчетный счет Страховщика. Если страховой взнос не оплачен в полном объеме в указанные сроки, Договор считается незаключенным и не вступает в силу, а Полис аннулируется Страховщиком.
9. Страховщик вправе по результатам оценки страхового риска на основании информации о Застрахованном, приведенной в Заявлении на страхование, а также при перезаключении Договора страхования (см. п. 5. Настоящих Условий) изменить Программу страхования. При отсутствии отметки в Заявлении на страхование о согласии Страхователя с уменьшением страховых сумм по результатам оценки риска, Страховщик уведомляет Страхователя об изменении Программы страхования. Если при этом размер страхового взноса увеличился, Страхователь обязан оплатить разницу в течение 30 (тридцати) дней с даты заполнения Заявления на страхование при условии получения уведомления. Если страховой взнос уменьшился в результате изменения Программы страхования, то излишне оплаченные денежные средства подлежат возврату платящему путем перечисления на его банковский счет в течение 14 (четырнадцати) дней с даты подачи заявления на возврат средств по установленной Страховщиком форме.
10. Если страховой взнос не оплачен в полном объеме в указанные в Условии сроки, то Заявление на страхование считается недействительным и Договор страхования не может быть заключен. При этом все поступившие Страховщику денежные средства подлежат возврату платящему путем перечисления на его банковский счет в течение 14 (четырнадцати) дней с даты подачи заявления на возврат средств по установленной Страховщиком форме.
11. Договор страхования (первичный) заключается путем вручения Страховщиком Страхователю на основании его письменного заявления страхового Полиса с оригинальной печатью и собственноручной подписью уполномоченного лица Страховщика либо их графическими аналогами, воспроизведенными с помощью компьютерной программы. Возобновление (перезаключение) Договора страхования на следующий срок производится в порядке, предусмотренном п. 5. Настоящих Условий.
12. Страхование по вступившему в силу первичному Договору страхования, независимо от даты фактического получения Страхователем на руки настоящего Полиса, начинается с даты, указанной на лицевой стороне Полиса как «дата выдачи Полиса». Страхование по вступившему в силу возобновленному Договору совпадает с датой его начала. Дата окончания страхования совпадает с датой окончания Договора, определенной в соответствии с п. 4. Настоящих Условий, или с датой его досрочного прекращения.
13. При изменении фамилии, имени, отчества, паспортных данных Страхователя, Застрахованного или Выгодоприобретателя, а также при назначении и замене Выгодоприобретателя, Страхователь письменно сообщает об этом Страховщику, заполнив Заявление на внесение изменений в Полис (далее - Заявление на внесение изменений) по форме, приведенной в Приложении №3 к Полису. Страхователь направляет Страховщику заполненное Заявление на внесение изменений почтовым отправлением по адресу Страховщика, указанному в Полисе. Все данные, относящиеся к указанным изменениям в соответствии с вышеизложенными требованиями, принимаются Страховщиком в качестве условий Договора с даты, указанной в заявлении Страхователя, без направления ответного уведомления Страхователю. Без предоставления документов, подтверждающих основание изменений указанных данных о Страхователе, Застрахованном, Выгодоприобретателе, Заявление на внесение изменений недействительно.
14. Перечень страховых случаев определяется в разделе «Программа страхования» на лицевой стороне Полиса. Не являются страховыми случаями события, перечисленные в разделе 4 «Исключения» Правил страхования, а также события, наступившие в результате болезни.
15. Страховая сумма по каждому страховому случаю указывается в рублях на лицевой стороне Полиса. При этом:
  - 15.1 по страховому случаю «Госпитализация» страховая сумма определяется в рублях за один день непрерывного нахождения в стационаре с третьего по девятую вторую день включительно;
  - 15.2 по страховому случаю «Госпитализация с прогрессивной выплатой» страховая сумма определяется в рублях за один день непрерывного нахождения в стационаре: а) с третьего по тридцатый день включительно - в одинарном размере, б) с тридцатого по шестидесятый день включительно - в двойном размере, в) с шестидесятого по девяностую вторую день включительно - в тройном размере от суммы, указанной в Полисе по страховому случаю «Госпитализация с прогрессивной выплатой»;
  - 15.3 базовая 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 ВС», «Инвалидность в результате ВС».
16. Страховой взнос определяется в соответствии с тарифами Страховщика и зависит от выбранной Программы страхования, профессии Застрахованного, увечий Застрахованного, места проживания (территории), и другой информации, указанной в Заявлении на страхование, страховой взнос указывается на лицевой стороне Полиса и оплачивается Страхователем в соответствии с п. 8. 9. Настоящих Условий.
17. Полис предусматривает следующий порядок определения размеров единовременных страховых выплат, рассчитываемых от страховой суммы по соответствующему страховому случаю:
  - 17.1 При наступлении смерти в результате несчастного случая размер выплаты составляет 100% страховой суммы по страховому случаю «Смерть». Если смерть Застрахованного явилась результатом несчастного случая, в связи с которым по данному Полису Застрахованному уже была произведена страховая выплата по страховому случаю «Инвалидность» и/или «Телесные повреждения», страховая выплата по страховому случаю «Смерть» осуществляется за вычетом ранее произведенных выплат.
  - 17.2 При наступлении смерти в результате дорожно-транспортного происшествия размер выплаты составляет 100% страховой суммы по страховому случаю «Смерть в результате ДТП».
  - 17.3 При наступлении инвалидности в результате несчастного случая размер выплаты в процентах от страховой суммы по страховому случаю «Инвалидность» составляет: при установлении: первой группы инвалидности - 100%, второй группы - 80%, третьей группы - 50%. При этом, если в течение одного года с даты наступления несчастного случая происходит увеличение степени инвалидности по сравнению с ранее установленной, то выплата в связи с установленным более тяжелой степени инвалидности производится Страховщиком в размере разницы между суммой, подлежащей выплате в связи с установленным определенной группы инвалидности, и ранее выплаченной суммой по данному Полису в связи со страховым случаем «Инвалидность». Если инвалидность Застрахованного явилась результатом несчастного случая, в связи с которым по данному Полису Застрахованному уже была произведена страховая выплата по страховому случаю «Телесные повреждения», выплата страховой суммы по страховому случаю «Инвалидность» осуществляется за вычетом ранее произведенных выплат.
  - 17.4 При наступлении инвалидности в результате дорожно-транспортного происшествия размер выплаты в процентах от страховой суммы по страховому случаю «Инвалидность в результате ДТП» составляет: при установлении: первой группы инвалидности - 100%, второй группы - 80%, третьей группы - 50%. При этом, если в течение одного года с даты наступления несчастного случая происходит увеличение степени инвалидности по сравнению с ранее установленной, то выплата в связи с установленным более тяжелой степени инвалидности производится Страховщиком в размере разницы между суммой, подлежащей выплате в связи с установленным определенной группы инвалидности, и ранее выплаченной суммой по данному Полису в связи со страховым случаем «Инвалидность в результате ДТП».
  - 17.5 При наступлении госпитализации в результате несчастного случая размер страховой выплаты рассчитывается исходя из страховой суммы по данному страховому случаю за каждый соответствующий день непрерывного нахождения на стационарном лечении, начиная с 3 (третьего) дня пребывания в стационаре, но не более чем за 90 (девяносто) календарных дней непрерывной госпитализации. Если Застрахованный был выписан из стационара и направлен на амбулаторное лечение и далее был снова госпитализирован в связи с тем же несчастным случаем (даже если на следующий день), такая госпитализация не считается непрерывной, и страховая выплата за последующее нахождение Застрахованного на стационарном лечении в этом случае не производится. За весь срок действия Полиса не может быть произведена страховая выплата более чем за 90 (девяносто) календарных дней госпитализации в совокупности.
  - 17.6 При наступлении телесных повреждений в результате несчастного случая размер выплаты определяется в полном соответствии с Таблицей размеров страховых выплат №1 (Приложение №2 к Полису). Если телесное повреждение, полученное Застрахованным, отсутствует в таблице, выплаты по нему не осуществляются. Если в результате одного несчастного случая основанием для определения страховой выплаты являются сразу несколько событий (смерть, инвалидность, телесные повреждения), то выплата осуществляется в связи с тем событием, по которому может быть определен наибольший из предусмотренных по Полису размер выплаты. На определение размера страховой выплаты в связи со смертью Застрахованного в результате дорожно-транспортного происшествия, инвалидностью Застрахованного в результате дорожно-транспортного происшествия и госпитализацией Застрахованного данное условие не распространяется. Выплата производится только в связи с событиями, перечисленными в разделе «Программа страхования», указанной на лицевой стороне Полиса.
  18. Сумма страховых выплат (за исключением выплат по рискам «Смерть в результате ДТП», «Инвалидность в результате ДТП», «Госпитализация» в связи с одним несчастным случаем не может превышать суммы 100% страховой суммы по Полису.
  19. При наступлении страхового случая Застрахованный или Выгодоприобретатель (наследник Застрахованного) направляют Страховщику Заявление на получение страховой выплаты при наступлении страхового случая по форме, приведенной в Приложении №4 к Полису, с приложением следующих документов:
    - 19.1 В случае смерти Застрахованного: страхового Полиса; копии документа, удостоверяющего личность Заявителя; нотариально заверенной копии свидетельства ЗАГС о смерти Застрахованного; копии медицинского свидетельства о смерти Застрахованного или посмертного эпикриза; копии справки о смерти; копии протокола о вскрытии (при наличии); копии справки о ДТП - в случае смерти в результате ДТП; копии акта о несчастном случае на производстве - в случае смерти от несчастного случая на производстве. Наследники Застрахованного предоставляют (помимо вышеуказанных документов) свидетельство о праве на наследство, выданное нотариальной конторой (либо его нотариально заверенную копию);
    - 19.2 При наступлении инвалидности: копии страхового Полиса; копии документа, удостоверяющего личность Застрахованного; копии листа или справки о временной нетрудоспособности (при наличии); копии справки о ДТП - в случае инвалидности в результате ДТП; копии акта о несчастном случае на производстве - в случае инвалидности в результате несчастного случая на производстве; нотариально заверенной копии справки об инвалидности; выписки из ЛПУ о состоянии здоровья Застрахованного с перечнем диагнозов, на основании которых была присвоена группа инвалидности;
    - 19.3 В случае телесных повреждений: копии страхового Полиса; копии документа, удостоверяющего личность Застрахованного; копии листа или справки о временной нетрудоспособности (при наличии); копии справки о ДТП - в случае телесных повреждений в результате ДТП; копии акта о несчастном случае на производстве - в случае телесных повреждений в результате несчастного случая на производстве; выписки из ЛПУ о состоянии здоровья Застрахованного с перечнем диагнозов, установленных в результате несчастного случая.
    - 19.4 В случае госпитализации: копии страхового Полиса; копии документа, удостоверяющего личность Застрахованного; копии листа или справки о временной нетрудоспособности с отметкой о нахождении на стационарном лечении; копии справки о ДТП - в случае госпитализации в результате ДТП; копии акта о несчастном случае на производстве - в случае госпитализации в результате несчастного случая на производстве; выписки из ЛПУ о нахождении Застрахованного на стационарном лечении с перечнем диагнозов, установленных в результате несчастного случая.
    - 19.5 В случае если в Полисе не указаны паспортные данные Застрахованного и/или Выгодоприобретателя, то для получения страховой выплаты в дополнение к документам, указанным в пп. 19.1-19.4. Настоящих Условий, представляются документы, подтверждающие близкое родство, заявленное в Полисе.
  20. Страховщик по согласованию со Страхователем может произвести одновременное изменение страховой суммы и страхового взноса (далее по тексту - индексация). При этом Странонами согласовывается следующий порядок действий и условия проведения индексации:
    - 20.1 Страховщик самостоятельно до 01 марта каждого года определяет процент (индекс), в соответствии с которым увеличивается страховая сумма и страховой взнос. Страховщик вправе в каком-либо году не объявлять процент и не производить индексацию;
    - 20.2 Страховщик не позднее, чем за 60 (шестьдесят) дней до даты перезаключения полиса одновременно с возобновленным Полисом направляет Страхователю тем же заказным письмом по Почте по адресу Страхователя, указанному в Полисе, Дополнительное соглашение об индексации (далее по тексту - Соглашение об индексации), содержащее размеры дополнительной страховой суммы и дополнительного страхового взноса в результате индексации. Расчеты производятся таким образом, чтобы размеры дополнительного страхового взноса и дополнительной страховой суммы, указанные в Соглашении об индексации, были равны произведению индекса на действующие размеры страхового взноса и страховой суммы соответственно до текущей индексации, указанные в возобновленном Полисе.
    - 20.3 Согласно Страхователя с условиями, указанными в Соглашении об индексации, подтверждает в соответствии с п. 6. Настоящих Условий (принятием на почтовом отделении). Соглашение об индексации не вступает в силу, и Страховщик освобождается от ответственности за вызванные этим возможные убытки Страхователя в соответствии с условиями не вступления в силу возобновленного Полиса согласно п. 5. Настоящих Условий;
    - 20.4 Соглашение об индексации вступает в силу с учетом ограничений, указанных в п.20.5. Настоящих Условий и становится неотъемлемой частью Полиса с даты начала Соглашения об индексации, указанной в нем, при условии своевременной и полной оплаты Страхователем дополнительного страхового взноса в размере, предусмотренном Соглашением об индексации, в порядке, установленном п.8. Настоящих Условий для оплаты взноса по возобновленному полису.
    - 20.5 Соглашение об индексации не вступает в силу, если на дату его начала по Полису произошло хотя бы одно из следующих событий:
  - 20.5.1 Полис по каким-либо причинам прекратил свое действие или не вступил в силу;
  - 20.5.2 Дополнительный страховой взнос, указанный в Соглашении об индексации, не был полностью уплачен в порядке, установленном п. 8. Настоящих Условий;
  - 20.5.3 Страховщик не получил подтверждение согласия Страхователя с условиями Соглашения об индексации в соответствии с п. 20.3. Настоящих Условий;
  - 20.6 Страхователь вправе отказаться от индексации, не заплатив сумму дополнительного страхового взноса, указанную в Соглашении об индексации. При этом страхование осуществляется на условиях вступившего в силу возобновленного Полиса, без учета Дополнительного соглашения об индексации к нему. При отказе два раза подряд от индексации Страхователь в дальнейшем теряет на нее право;
  - 20.7 Действие Соглашения об индексации прекращается одновременно с действием Полиса.
  21. При наличии расхождений между Правилами страхования и настоящими Условиями преимущественную силу имеют настоящие Условия.
  22. Стороны соглашались на использование графического аналога подписи уполномоченного лица и печати Страховщика, воспроизведенных с помощью компьютерной программы либо типографским способом. Все споры по договору страхования разрешаются сторонами в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ, в суде по месту нахождения Страховщика: 125040, г. Москва, ул. Правды, д.8, стр.1.
  - 23.





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