

# Документооборот и заполнение Заявления о страховании по договору «Премиум»



**PPF** Life



Защищаем  
ваши  
мечты!

**PPF** Страхование жизни



Департамент обучения, 2019

# ДОКУМЕНТООБОРОТ ПРИ ЗАКЛЮЧЕНИИ ДОГОВОРА «ПРЕМИУМ»

## Этап 1.

Страховой консультант (СК) получает у офис менеджера (ОМ) комплект документов для встречи с клиентом, который формируется из системы WARP

## Этап 2.

Страховой консультант встречается с клиентом, и после успешной встречи приносит ОМ документы для последующей проверки

## Этап 3.

Страховой консультант самостоятельно узнает информацию о состоянии Заявления в системе WARP (In force). Если Заявление успешно прошло андеррайтинг, то ОМ из системы WARP распечатывает **ПОЛИСНЫЙ КОМПЛЕКТ** документов для клиента

## Этап 4.

Страховой консультант вручает на подписание клиенту **ПОЛИСНЫЙ комплект**, после чего приносит ОМ документы для Страховщика



# ДОКУМЕНТООБОРОТ

## Этап 1.

Страховой консультант получает у офис менеджера (ОМ) комплект документов для встречи с клиентом, который формируется из системы WARP и включает следующие документы:

- **Заявление о страховании жизни**, включая **Анкету Застрахованного (медицинскую анкету)** в одном экземпляре для Страховщика, в котором заполняется информация об участниках договора и выбранной программе страхования: страховой сумме, страховом взносе, сроке страхования
- **Бланк «Дополнительные вопросы»**, на которые необходимо ответить при ответе «Да» на любой вопрос в Анкете Застрахованного. Бланк «Дополнительные вопросы» формируется из системы WARP без индивидуального номера и заполняется при необходимости как приложение к любому договору страхования, является универсальным документом
- **Расписка для Страхователя** с описанием программы страхования страховых сумм и взносов
- **Бланк дополнительной информации** в одном экземпляре для Страховщика заполняется, если Страхователь является юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем
- **Бланк почтового перевода** – для оплаты страховой премии или первого взноса через Почту России и **Бланк-образец почтового перевода** – для оплаты клиентом очередных страховых взносов через Почту России
- **Условия Договора** страхования жизни по продукту «Премиум» (для Страхователя)



# ДОКУМЕНТООБОРОТ

## Этап 2.

Страховой консультант встречается с клиентом, и после успешной встречи с клиентом приносит ОМ документы для последующей проверки и передачи через WARP

### Оставляет клиенту:

- **Расписка для Страхователя** с описанием программ страхования, страховых сумм и взносов
- **Условия Договора** страхования жизни по продукту «Премиум»
- **Бланк почтового перевода** – для оплаты страховой премии или первого взноса через Почту России, если клиент сам оплачивает взнос
- **Бланк-образец почтового перевода** – для оплаты клиентом очередных страховых взносов через Почту России

### Приносит ОМ следующие документы для последующей проверки:

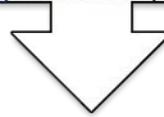
- **Заполненное Заявление** о страховании жизни, включая Анкету Застрахованного (медицинскую анкету) в одном экземпляре для Страховщика, в котором заполняется информация о участниках договора, выбранных программах страхования, страховой сумме, страховом взносе, сроке страхования
- **Бланк «Дополнительные вопросы»**, на которые необходимо ответить при ответе «Да» на любой вопрос в Анкете Застрахованного
- **Бланк дополнительной информации** для Страховщика, если Страхователь является юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем
- **Копию квитанцию об оплате первого взноса** (кассовый чек)



# ДОКУМЕНТООБОРОТ

## Этап 3.

Страховой консультант самостоятельно узнает информацию о состоянии Заявления в системе WARP (In force). Если Заявление успешно прошло андеррайтинг, то ОМ из системы WARP распечатывает **ПОЛИСНЫЙ КОМПЛЕКТ** документов для клиента



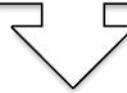
- **Полис в 2-х экземплярах** (для Страховщика и Страхователя)
- **Приложение к полису:** Минимальные гарантированные размеры выкупной суммы в 2-х экземплярах (для Страховщика и Страхователя)
- **Приложение к полису:** Общие правила страхования жизни и Дополнительные условия страхования
- **Приложение к полису:** Таблица размеров страховых выплат в связи со страховыми случаями «Телесные повреждения в результате несчастного случая» (в % от страховой суммы в связи со страховыми событиями «Телесные повреждения в результате несчастного случая»)
- **Приложение к полису:** Таблица размеров страховых выплат в связи со страховыми случаями «Хирургические операции Застрахованного НС» (в % от страховой суммы в связи со страховыми событиями «Хирургические операции Застрахованного результате несчастного случая»);
- **Приложение к полису:** Таблица размеров страховых выплат в связи со страховыми случаями «Хирургические операции Застрахованного Болезнь» (в % от страховой суммы в связи со страховыми событиями «Хирургические операции Застрахованного результате болезни»)



# ДОКУМЕНТООБОРОТ

## Этап 4.

Страховой консультант вручает на подписание клиенту **ПОЛИСНЫЙ комплект**, после чего



### Оставляет клиенту:

- Подписанный **Полис** (экземпляр Страхователя)
- Подписанное **приложение к полису**: Минимальные гарантированные размеры выкупной суммы (экземпляр Страхователя)
- **Приложение к полису**: Общие правила страхования жизни и Дополнительные условия страхования
- **Приложение к полису**: Таблица размеров страховых выплат в связи со страховыми случаями «Телесные повреждения в результате несчастного случая» (в % от страховой суммы в связи со страховыми событиями «Телесные повреждения в результате несчастного случая»)
- **Приложение к полису**: Таблица размеров страховых выплат в связи со страховыми случаями «Хирургические операции Застрахованного НС» (в % от страховой суммы в связи со страховыми событиями «Хирургические операции Застрахованного результате несчастного случая»);
- **Приложение к полису**: Таблица размеров страховых выплат в связи со страховыми случаями «Хирургические операции Застрахованного Болезнь» (в % от страховой суммы в связи со страховыми событиями «Хирургические операции Застрахованного результате болезни»)
- **Бланк-образец почтового перевода** – для оплаты очередных страховых взносов через Почту России

### Приносит ОМ следующие документы:

- Подписанный **Полис** (экземпляр Страховщика)
- Подписанное **Приложение к полису**: Минимальные гарантированные размеры выкупной суммы (экземпляр Страховщика)





# ДОКУМЕНТЫ НА ПОДПИСЬ КЛИЕНТУ

## PPF Страхование жизни

### СТРАХОВОЙ ПОЛИС

*добровольного страхования жизни «Премиум» № 123456789*

Экземпляр  
Страхователя

Место заключения договора: г. Брян

Дата заключения договора:

Настоящий страховой полис подтверждает заключение между Страхователем и Страховщиком договора добровольного страхования жизни по продукту «Премиум» (далее – договор) на основании заявления Страхователя на Условия договора страхования жизни по продукту «Премиум» ([dqcc\_code]) (далее – Условия договора). По договору при условии уплаты Страхователем страховой премии в предусмотренные настоящим полисом сроки и размере, при наступлении события (страхового случая), предусмотренного настоящим полисом, Страховщик обязуется осуществить страховую выплату в пределах страховой суммы, указанной в настоящем полисе в порядке, предусмотренном Условиями договора.

Заявление на страхование: №

#### СТРАХОВЩИК

ООО "ППФ Страхование жизни", Лицензии Банка России СЖ №3609 от 27.01.2017 и СЛ №3609 от 27.01.2017  
Адрес юридического лица: РФ, 108811, город Москва, километр Киевского шоссе 22-й (п. Московский), домовл. 6, стр.1  
Адрес для корреспонденции: РФ, 108811, г. Москва, а/я 2290, Киевское шоссе 22-й км, п. Московский, домовл.6, стр.1  
Телефон: (495) 785 82 00; 8-800-775-82-00.

## PPF Страхование жизни

### СТРАХОВОЙ ПОЛИС

*добровольного страхования жизни «Премиум» № 123456789*

Экземпляр  
Страховщика

Место заключения договора: г. Брян

Дата заключения договора:

Настоящий страховой полис подтверждает заключение между Страхователем и Страховщиком договора добровольного страхования жизни по продукту «Премиум» (далее – договор) на основании заявления Страхователя на Условия договора страхования жизни по продукту «Премиум» ([dqcc\_code]) (далее – Условия договора). По договору при условии уплаты Страхователем страховой премии в предусмотренные настоящим полисом сроки и размере, при наступлении события (страхового случая), предусмотренного настоящим полисом, Страховщик обязуется осуществить страховую выплату в пределах страховой суммы, указанной в настоящем полисе в порядке, предусмотренном Условиями договора.

Заявление на страхование: №

#### СТРАХОВЩИК

ООО "ППФ Страхование жизни", Лицензии Банка России СЖ №3609 от 27.01.2017 и СЛ №3609 от 27.01.2017  
Адрес юридического лица: РФ, 108811, город Москва, километр Киевского шоссе 22-й (п. Московский), домовл. 6, стр.1  
Адрес для корреспонденции: РФ, 108811, г. Москва, а/я 2290, Киевское шоссе 22-й км, п. Московский, домовл.6, стр.1  
Телефон: (495) 785 82 00; 8-800-775-82-00.



## ОБЩИЕ ПРАВИЛА ЗАПОЛНЕНИЯ ДОКУМЕНТОВ

- Все документы заполняются со слов клиента и в соответствии с его паспортом;
- Нужные квадраты отмечаются знаком V или X;
- Бланки следует заполнять аккуратно





# ЗАПОЛНЕНИЕ АНКЕТЫ ЗАСТРАХОВАННОГО

## Страница №3 заявления

АНКЕТА ЗАСТРАХОВАННОГО		(При ответе «Да» на какой-либо вопрос дается подробное описание в дополнительной анкете)	
Рост (см)	160	Вес (кг)	70
Информация о курении за последние 12 месяцев (количество сигарет в день):		Число артериального давления (мм.рт.ст.) (последнее измерение):	
Нет		120 / 80	
Потребление алкоголя (вид алкоголя и количество за неделю в литрах): пиво		вino	
Нет		Нет	
крепкие напитки (>40 )		Нет	
1. Связана ли Ваша профессиональная деятельность с обстоятельствами повышенного риска (например, 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 с радиоактивными веществами, работа в аэрокосмической промышленности и т.п.)		<input type="checkbox"/> Да <input checked="" type="checkbox"/> Нет	
2. Находитесь ли Вы в состоянии беременности?		<input type="checkbox"/> Да <input checked="" type="checkbox"/> Нет	
3. За последние 12 месяцев принимали ли вы лекарства (в том числе в виде инъекций)?		<input type="checkbox"/> Да <input checked="" type="checkbox"/> Нет	
4. Получали ли вы врачебные рекомендации о снижении или отмене потребления табака или алкоголя в связи с состоянием здоровья?		<input type="checkbox"/> Да <input checked="" type="checkbox"/> Нет	
5. Застрахована ли Ваша жизнь в ООО «ППФ Страхование жизни» или других компаниях? Подавали ли Вы уже заявление на страхование жизни, которое было отклонено или признано недействительным?		<input type="checkbox"/> Да <input checked="" type="checkbox"/> Нет	
6. Были ли у Вас в течение последних 12 месяцев травмы, полученные в результате несчастных случаев, несчастных происшествий, падений, ударов, ожогов, обморожений, укусов насекомых, укусов животных, укусов змей, укусов пауков и т.п.?		<input checked="" type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
7. Имели ли Вы в течение последних 12 месяцев заболевания, требующие госпитализации в стационар?		<input type="checkbox"/> Да <input checked="" type="checkbox"/> Нет	
8. Препим ли вы в настоящее время лекарства (в том числе в виде инъекций) по назначению врача?		становленных	
9. Принимали ли вы в течение последних 12 месяцев лекарства (в том числе в виде инъекций) по назначению врача?		лечебных или	
10. Принимали ли вы в течение последних 12 месяцев лекарства (в том числе в виде инъекций) по назначению врача?		<input type="checkbox"/> Да <input checked="" type="checkbox"/> Нет	
11. Были ли у Вас в течение последних 12 месяцев заболевания, требующие госпитализации в стационар?		<input checked="" type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
12. Принимали ли вы в течение последних 12 месяцев лекарства (в том числе в виде инъекций) по назначению врача?		или в связи	
13. Принимали ли вы в течение последних 12 месяцев лекарства (в том числе в виде инъекций) по назначению врача?		<input type="checkbox"/> Да <input checked="" type="checkbox"/> Нет	
14. Принимали ли вы в течение последних 12 месяцев лекарства (в том числе в виде инъекций) по назначению врача?		<input checked="" type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
15. Принимали ли вы в течение последних 12 месяцев лекарства (в том числе в виде инъекций) по назначению врача?		<input type="checkbox"/> Да <input checked="" type="checkbox"/> Нет	
16. Принимали ли вы в течение последних 12 месяцев лекарства (в том числе в виде инъекций) по назначению врача?		<input type="checkbox"/> Да <input checked="" type="checkbox"/> Нет	

**Обязательно должна быть заполнена информация о курении, потреблении алкоголя, если Застрахованный не курит и/ или не пьет, необходимо написать слово «нет» в соответствующих клетках**

**Анкета должна содержать ответы на все вопросы: ДА или НЕТ, не допускается зачеркивание 2-х клеток одновременно**  
**Каждый вопрос от 1 до 26, на который имеется ответ ДА, требует ответов на дополнительные вопросы на бланке ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ АНКЕТЫ**

**ОТСУТСТВИЕ ОТВЕТОВ НА ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ АНКЕТЫ НЕ ДАЕТ ВОЗМОЖНОСТИ АДЕКВАТНО ОЦЕНИТЬ ЗАПРАШИВАЕМЫЙ РИСК И СВОЕВРЕМЕННО ВЫПУСТИТЬ ПОЛИС!**

**БОЛЕЛИ ЛИ ВЫ КОГДА-НИБУДЬ СЛЕДУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ:**

В Анкете Застрахованного НЕ допускаются пропуски или исправления – это автоматически ведет к дополнительным запросам и предоставлению документов, подтверждающих состояние здоровья клиентов. При обнаружении ошибок на втором листе Заявление необходимо переписать



# ЗАПОЛНЕНИЕ ЗАЯВЛЕНИЯ О СТРАХОВАНИИ

## Страница №3 заявления

Графа «Агент (осн.)» должна быть обязательно заполнена



ПРЕМИУМ  
АГЕНТ (осн.) 1 1 1 1 1 1 1  
АГЕНТ (доп.)

Заявление о страховании жизни LR 001 № 1 7 0 3 2 0 1 5

Страхователь настоящим подтверждает, что:

- он ознакомлен с Общими правилами страхования жизни, освобождения от уплаты страховых взносов, Таблицы тарифов;
- понимает, что подписание настоящего Заявления не освобождает от уплаты страховых взносов в полном объеме;
- понимает, что при наличии отметки любым знаком в квадратике в случае принятия на страхование с увеличенным тарифом.

Отметить любым знаком при согласии на уменьшение страховой суммы без предварительного согласования, в случае принятия на страхование с увеличенным тарифом. Если Страхователь не дает своего согласия, то он обязан произвести доплату до вновь рассчитанной Страховщиком суммы страховой премии или первого страхового взноса

Поставьте отметку, если Страхователь согласен на уменьшение страховых сумм без предварительного согласования, в случае принятия на страхование с увеличенным тарифом. Если Страхователь не дает своего согласия, то он обязан произвести доплату до вновь рассчитанной Страховщиком суммы страховой премии или первого страхового взноса

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 115-ФЗ «О противодействии отмыванию денежных средств, полученных преступным путем, и финансированию терроризма», Страхователь настоящим дает согласие на использование Страховщиком информации, содержащейся в документах, имеющих отношение к договору страхования, для предоставления ее в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Поставьте отметку, если Страхователь частично или полностью подтверждает информацию, перечисленную ниже (является гражданином США, родился в США, имеет адрес в США и др.)

Отметить любым знаком, если Страхователь - физическое лицо или индивидуальный предприниматель и назначенные им Выгодоприобретатели частично или полностью подтверждают информацию, изложенную в п. 1 и п. 2, что они:

1. являются резидентами США (обладателями грин-карт), гражданами США, родились на территории США;
2. имеют адреса резидентов США, почтовые адреса в США (включая абонентские почтовые ящики), телефонные номера США, постоянно действующие инструкции по платежам в США, доверенности, выданные лицам с адресами в США, реквизиты «для передачи» или «до востребования» в качестве единственных адресов для перевода денежных средств.

В случае если Страхователь подтверждает информацию, изложенную в п. 1 и п. 2, то он дает согласие на предоставление Страховщику дополнительной информации и документации о Страхователе и о назначенных им Выгодоприобретателях.

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

подпись

# ЗАПОЛНЕНИЕ ЗАЯВЛЕНИЯ О СТРАХОВАНИИ

## Страница №3 заявления

Застрахованный настоящим подтверждает, что обязуется сообщать ООО «ППФ Страхование жизни» обо всех изменениях пола, даты рождения и гражданства в течение срока действия договора страхования, так как эти изменения существенно влияют на степень риска.

Застрахованный настоящим подтверждает, что на момент заключения договора страхования:

1. не является инвалидом 1-й и 2-й групп и не имеет категорию;
2. не имеет действующего направления на медико-социальную экспертизу;
3. не имеет диагностированных психических (нервных) заболеваний;
4. не состоит на учете в наркологическом, психоневрологическом или психиатрическом диспансере;
5. не нуждается в постоянном уходе по состоянию здоровья;
6. не болен СПИДом и не инфицирован вирусом иммунодефицита человека, не находится под следствием и не осужден к лишению свободы.

Отметить любым знаком, если Застрахованный частично или полностью подтверждает информацию, изложенную в п. 1 и п. 2, что он:

1. является резидентом США (обладателем грин-карты), гражданином США, родившимся на территории США;
2. имеет адрес резидента США, почтовый адрес в США (включая абонентский почтовый ящик), телефонный номер США, постоянно действующие инструкции по платежам в США, доверенность, выданную лицу с адресом в США, реквизиты «для передачи» или «до востребования» в качестве единственного адреса для перевода денежных средств.

В случае если Застрахованный подтверждает информацию, изложенную в п. 1 и п. 2, то он дает согласие на предоставление Страховщику дополнительных сведений и документации о Застрахованном.

Застрахованный настоящим предоставляет ООО «ППФ Страхование жизни» полное право использовать сообщенную выше информацию для индивидуальной оценки риска, связанного с принятием Застрахованного на страхование, для заключения и исполнения договора страхования, а также подтверждает, что ответы на вопросы, приведенные выше, являются правдивыми и полными.

Застрахованный настоящим дает согласие:

- на проведение (в случае необходимости) медицинского обследования для заключения договора страхования;
- на отказ от заключения договора страхования обязуется в полном объеме возместить соответствующую сумму;
- на прохождение им при наступлении страхового случая (в случае необходимости) медицинской экспертизы по проведению медицинской экспертизы оплачиваются ООО «ППФ Страхование жизни».

Также Застрахованный дает разрешение любому лечебному учреждению или врачу, страховым медицинским организациям исполнительной власти, правоохранительным и иным компетентным органам, работодателям, иным лицам, в том числе членам семьи Застрахованного, в отношении Застрахованного.

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» (далее – Закон), Застрахованный дает согласие на обработку (сбор, запись, систематизацию, накопление, уточнение, обновление, изменение), использование, распространение (в том числе предоставление), обезличивание, хранение, уничтожение и восстановление персональных данных, указанных в настоящем договоре страхования, с использованием средств автоматизации и/или без использования таких средств, в целях заключения и исполнения договора страхования, при уступке (передаче) каких-либо прав (обязательств) по нему, в целях предложения Застрахованному иных услуг Страховщика. Кроме того, Застрахованный дает согласие на обработку его персональных данных третьими лицами, которым Страховщик может поручить такую обработку, в соответствии со списком, размещенным на официальном сайте Страховщика. Указанное согласие действует бессрочно и может быть отозвано путем направления Страховщику письма с указанием данных, определенных ст.14 Федерального закона «О персональных данных».

Застрахованный /Законный представитель осведомлен, что сообщение ложных, а также неполных сведений по вопросам, сформулированным в данном Заявлении, может являться основанием для признания договора страхования недействительным.

**ЗАСТРАХОВАННЫЙ/ ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ  
ЗАСТРАХОВАННОГО (ЕСЛИ ЗАСТРАХОВАННЫЙ МОЛОЖЕ 18 ЛЕТ) (Ф.И.О.)**  
**Семенов Владимир Алексеевич**

**СТРАХОВОЙ КОНСУЛЬТАНТ (Ф.И.О.) ОСНОВНОЙ**  
**Алексеева В.С.**

**СТРАХОВОЙ КОНСУЛЬТАНТ (Ф.И.О.) ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ**

**АГЕНТСТВО №:** 1

ООО «ППФ Страхование жизни» обязуется обеспечивать конфиденциальность предоставленной информации

**ЭКЗЕМПЛЯР СТРАХОВЩИКА**

Поставьте отметку, если Застрахованный частично или полностью подтверждает информацию, перечисленную ниже (является гражданином США, родился в США, имеет адрес в США и др.)

Данные о Застрахованном должны быть подписаны Застрахованным (для Застрахованных моложе 18 лет – законным представителем Застрахованного (одним из его родителей) и Страховым Консультантом





# ЗАПОЛНЕНИЕ ЗАЯВЛЕНИЯ О СТРАХОВАНИИ

## Страница №1

**ВАЖНО!** Обязательно уточнить у клиента адрес электронной почты и заполнить ячейку, для отправки кассовых чеков

**PPF** Страхование жизни

ПРЕМИУМ

### ЗАЯВЛЕНИЕ О ДОБРОВОЛЬНОМ СТРАХОВАНИИ ЖИЗНИ

АГЕНТ (осн.)	1 1 1 1 1 1	АГЕНТ (доп.)	2 2 2 2 2 2
ЗАЯВЛЕНИЕ О СТРАХОВАНИИ ЖИЗНИ LR 001 №		Контрольная цифра	
Место заполнения заявления, г.	Москва	ДАТА ЗАПОЛНЕНИЯ ЗАЯВЛЕНИЯ	0 1 0 7 2 0 1 8
1. СТРАХОВЩИК	ООО «ППФ Страхование жизни» Лицензии Банка России : СЖ №3609 от 27.01.2017 и СЛ №3609 от 27.01.2017		
2. СТРАХОВАТЕЛЬ-ФЛ	Если страхователь является юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем, то в данном разделе «Дополнительная информация»		
Ф.И.О.	Семенов Владимир Алексеевич		
ПОЛ	М <input checked="" type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/>	ДАТА РОЖДЕНИЯ	0 6 0 5 1 9 7 5 г. ГРАЖДАНСТВО Р Ф
МЕСТО РОЖДЕНИЯ	Москва	СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ	женат
ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ: НАИМЕНОВАНИЕ	паспорт	СЕРИЯ	5 2 0 0 НОМЕР 1 2 3 4 5 6
КЕМ ВЫДАН	Советским РОВД г. Красноярск		
КОГДА ВЫДАН	0 1 0 1 1 9 8 5	КОД ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ	1 2 4 - 5 8 7
ИНН (при наличии)	1 2 4 5 8 7 7 7 7 7 7	СНИПС (при наличии)	1
ТЕЛЕФОН (моб.)	9 1 6 6 2 5 5 3 6 4	ТЕЛЕФОН (дом.)	4 9 5 2 4 7 5 4 6 3
E-MAIL <u>semenov@ya.ru</u> для направления всех кассовых чеков (в соответствии с №54-ФЗ от 22.05.2003 «О применении контрольно-кассовой техники при осуществлении расчетов в РФ»), а также уведомлений по Вашему поводу, в том числе с напоминанием об оплате			
МЕСТО РАБОТЫ	ООО «Форум»		
ДОЛЖНОСТЬ	юрист		
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ КЛАСС (если Страхователь является Застрахованным)	ТЕЛЕФОН (раб.)		
АДРЕС МЕСТА РАБОТЫ	1 2 3 1 0 г. Москва, Карамышевский проезд д.6		

Обязательно указывается при заполнении заявления

# ЗАПОЛНЕНИЕ ЗАЯВЛЕНИЯ О СТРАХОВАНИИ

Страница №1

Необходимо проверить правильность заполнения всех обязательных граф на первом листе Заявления

**PPF** Страхование жизни

ПРЕМИУМ

## ЗАЯВЛЕНИЕ О ДОБРОВОЛЬНОМ СТРАХОВАНИИ ЖИЗНИ

АГЕНТ (осн.)		АГЕНТ (доп.)   2   2   2   2   2   2   2   2	
ЗАЯВЛЕНИЕ О СТРАХОВАНИИ ЖИЗНИ LR 001 №		Контрольная цифра	
Место заполнения заявления: г. <b>Москва</b>		ДАТА ЗАПОЛНЕНИЯ ЗАЯВЛЕНИЯ   0   1   0   7   2   0   1   8   г.	
1. СТРАХОВЩИК   ООО «ППФ Страхование жизни»   Лицензии Банка России : СЖ №3609 от 27.01.2017 и СЛН-3609 от 27.01.2017			
2. СТРАХОВАТЕЛЬ-ФЛ   Если страхователь является юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем, то заполните данные о Страхователе в разделе «Дополнительная информация»			
Ф.И.О.   <b>Семенов Вл</b>			
ПОЛ   М <input checked="" type="checkbox"/>   Ж <input type="checkbox"/>		ГРАЖДАНСТВО   <b>Р Ф</b>	
МЕСТО РОЖДЕНИЯ   <b>Москва</b>		СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ   <b>женат</b>	
ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ		СЕРИЯ   5   2   0   0     НОМЕР   1   2   3   4   5   6	
КЕМ ВЫДАН   <b>Советским ГОВД г. Красноярск</b>			
КОГДА ВЫДАН   0   1   0   1   1   9   8   5		КОД ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ   1   2   4   -   5   8   7	
ИНН (при наличии)   1   2   4   5   8   7   7   7   7   7   7		СНИПС (при наличии)   1	
ТЕЛЕФОН (моб.)   9   1   6   6   2   5   5   3   6   4		ТЕЛЕФОН (дом.)   4   9   5   2   4   7   5   4   6   3	
E-MAIL   <b>semenoff@ya.ru</b>   для направления всех кассовых чеков (в соответствии с №54-ФЗ от 22.05.2003 «О применении контрольно-кассовой техники при осуществлении расчетов в РФ»), а также уведомлений по Вашему договору, в том числе с напоминанием об оплате.			
МЕСТО РАБОТЫ   <b>ООО «Форум»</b>			
ДОЛЖНОСТЬ   <b>юрист</b>			
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ КЛАСС (если Страхователь является Застрахованным)		ТЕЛЕФОН (раб.)	
АДРЕС МЕСТА РАБОТЫ   1   2   3   1   0   г. Москва, Карамышевский проезд д.6			

Графа ИНН обязательна для заполнения. Если у клиента нет с собой ИНН или он его не получал, необходимо написать «не получал», «не имеет».  
Пустой данная графа оставаться не должна!

# ЗАПОЛНЕНИЕ ЗАЯВЛЕНИЯ О СТРАХОВАНИИ

Важно заполнять адрес фактического места жительства - это информация используется для последующей коммуникации с клиентом!

## Страница №1

Адрес регистрации по месту жительства	ОБЛАСТЬ (КРАЙ)		
РАЙОН	НАСЕЛЕННЫЙ ПУНКТ (ГОРОД) <b>Москва</b>		
УЛИЦА <b>Ленина</b>	ДОМ <b>6</b>	КОРПУС	КВАРТИРА <b>3</b>
Адрес фактического места жительства	<input checked="" type="checkbox"/> Отметить в случае, если совпадает с адресом регистрации		
ИНДЕКС <b>1   1   7   1   1   9</b>	ОБЛАСТЬ (КРАЙ)		
РАЙОН	НАСЕЛЕННЫЙ ПУНКТ (ГОРОД)		
УЛИЦА	ДОМ	КОРПУС	КВАРТИРА
<input type="checkbox"/> Являетесь ли Вы/назначенные Вами Выгодоприобретатели должностными или лицами, замещающими (занимающими) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение и освобождение от которых осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации (укажите должность, наименование и адрес работодателя):			
<input type="checkbox"/> Являетесь ли Вы/назначенные Вами Выгодоприобретатели иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), членом семьи (супруг(а), близкий родственник) ИПДЛ или представителем ИПДЛ*			
<input type="checkbox"/> Являетесь ли Вы иностранным гражданином/лицом без гражданства*			
* при проставлении положительной отметки необходимо заполнить бланк дополнительной анкеты иностранного гражданина, ИПДЛ			
<input checked="" type="checkbox"/> Отметить в случае, если Застрахованный является Страхователем (в этом случае сведения о Застрахованном заполнять обязательно)			
З. ЗАСТРАХОВАННЫЙ Ф.И.О.			
ПОЛ <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/>	ДАТА РОЖДЕНИЯ		ГРАЖДАНСТВО
МЕСТО РОЖДЕНИЯ			
ПАСПОРТ			
КЕМ ВЫДАН			
ИНН (при наличии)			
СНИЛС (при наличии)			
Адрес регистрации по месту жительства	ОБЛАСТЬ (КРАЙ)		
РАЙОН	НАСЕЛЕННЫЙ ПУНКТ (ГОРОД)		
УЛИЦА	ДОМ	КОРПУС	КВАРТИРА
ТЕЛЕФОН (дом.)	ТЕЛЕФОН (моб.)	E-MAIL	

Отметить в случае, если адрес фактического места жительства совпадает с адресом регистрации

Отметить в случае, если Застрахованный является Страхователем



# ЗАПОЛНЕНИЕ ЗАЯВЛЕНИЯ О СТРАХОВАНИИ

Страница №1

**PPF** Страхование

Все суммы заполняются  
справа налево

ПРЕМИУМ

Отметить выбранные программы страхования и риски в рамках ДП Программа НС

Заяв 4. П АГЕНТ (осн.) АГЕНТ (доп.)

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ	СТРАХОВАЯ СУММА** (РУБЛИ)	СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВОЙ ВЗНОС) (РУБЛИ)
<b>БАЗОВАЯ ПРОГРАММА:</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> СМЕШАННОЕ СТРАХОВАНИЕ ЖИЗНИ	1 50 000 00	3 895 5
<b>ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ:</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> ПРОГРАММА СОЗ	25 000 0	1 748
<input checked="" type="checkbox"/> ПРОГРАММА НС		
<input checked="" type="checkbox"/> СМЕРТЬ ЗАСТРАХОВАННОГО В РЕЗУЛЬТАТЕ НС	1 50 000 0	1 845
<input checked="" type="checkbox"/> ИНВАЛИДНОСТЬ ЗАСТРАХОВАННОГО В РЕЗУЛЬТАТЕ НС	15 000 00	1 320
<input checked="" type="checkbox"/> ТЕЛЕСНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННОГО	75 000 0	2 828
<input checked="" type="checkbox"/> ВРЕМЕННАЯ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ ЗАСТРАХОВАННОГО	5 000 00	2 345
<input type="checkbox"/> ВРЕМЕННАЯ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ ЗАСТРАХОВАННОГО С РАСШИРЕННОЙ ВЫПЛАТОЙ		
<input checked="" type="checkbox"/> ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ЗАСТРАХОВАННОГО	1 500	529
<input type="checkbox"/> ХИРУРГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ЗАСТРАХОВАННОГО		
<input checked="" type="checkbox"/> ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ НА СЛУЧАЙ ИНВАЛИДНОСТИ ЛП	1 50 000 0	6 930
<input checked="" type="checkbox"/> ПРОГРАММА ХИРУРГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В РЕЗУЛЬТАТЕ БОЛЕЗНИ	1 00 000 0	2 780
<input type="checkbox"/> МИНИМАЛЬНАЯ <input type="checkbox"/> СРЕДНЯЯ <input checked="" type="checkbox"/> МАКСИМАЛЬНАЯ		
ПРОМЕЖУТОЧНЫЙ ИТОГ		
<input checked="" type="checkbox"/> ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ УПЛАТЫ ВЗНОСОВ В СЛУЧАЕ ИНВАЛИДНОСТИ***		
ИТОГО СУММА СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ (СТРАХОВОГО ВЗНОСА)		
ИТОГО СУММА СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ (СТРАХОВОГО ВЗНОСА) (ПРОПИСЬЮ):		

Указать итоговый страховой взнос по программе цифрами и прописью

*Шестьдесят пять тысяч восемьсот семьдесят рублей*

РУБ

# ЗАПОЛНЕНИЕ ЗАЯВЛЕНИЯ О СТРАХОВАНИИ

## Страница №1

Отметить возможность индексации

Указать срок действия договора страхования

Указать периодичность взносов

ПЕРИОДИЧНОСТЬ ВЗНОСОВ	<input type="checkbox"/> Ежеквартально	<input type="checkbox"/> Раз в полгода	<input checked="" type="checkbox"/> Ежегодно	<input type="checkbox"/> Единовременно		
СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ	<input type="checkbox"/> До годовщины полиса, непосредственно следующей за датой достижения Застрахованным пенсионного возраста*****					
<input checked="" type="checkbox"/> ИНДЕКСАЦИЯ						
ГОДОВОЙ ДОХОД ЗАСТРАХОВАННОГО (РУБ.)*	<input type="checkbox"/> до 500 000	<input checked="" type="checkbox"/> 500 001-750 000	<input type="checkbox"/> 750 001 - 1 000 000	<input type="checkbox"/> 1 000 001 - 2 000 000	<input type="checkbox"/> 2 000 001-3 000 000	<input type="checkbox"/> более 3 000 000
* Обязательно к заполнению при страховой сумме свыше 1 500 000руб., а по риску Госпитализация 1 500 руб. ** Страховая сумма указывается с точностью до 1 000 рублей (кроме риска ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ)						
*** Риск может быть включен в программу только в случае, если Застрахованный является страхователем **** допустимый срок страхования от 5 до 30 лет включительно ***** Пенсионным возрастом считается: 60 лет - для мужчин и 55 лет - для женщин						
Страховой тариф определяется в размере ставки страховой премии с единицы страховой суммы.						
СТРАХОВАТЕЛЬ (Ф.И.О.)	Семенов Владимир Алексеевич			подпись		
ЗАСТРАХОВАННЫЙ/ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ЗАСТРАХОВАННОГО (ЕСЛИ ЗАСТРАХОВАННЫЙ МОЛОЖЕ 18 ЛЕТ) (Ф.И.О.)	Семенов Владимир Алексеевич			подпись		
СТРАХОВОЙ КОНСУЛЬТАНТ (Ф.И.О.) ОСНОВНОЙ	Алексеева В.С.			подпись		
СТРАХОВОЙ КОНСУЛЬТАНТ (Ф.И.О.) ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ				подпись		
ООО «ППФ Страхование жизни» обязуется обеспечивать конфиденциальность предоставленной информации					ЭКЗЕМПЛЯР СТРАХОВЩИКА	

Данные подписываются Страхователем, Застрахованным (для Застрахованных моложе 18 лет – законным представителем Застрахованного) и Страховым Консультантом

Обязательно отметить диапазон годового дохода Застрахованного, если совокупная страховая сумма по Базовой программе и/или рискам Смерть НС, Инвалидность НС свыше 1 500 000-руб.; по риску Госпитализация свыше 1500 руб./день !

# ЗАПОЛНЕНИЕ ЗАЯВЛЕНИЯ О СТРАХОВАНИИ

## Страница №2

Если клиент является публичным должностным лицом РФ, отметьте в данном блоке и напишите занимаемую им должность

Являетесь ли Вы/назначенные Вами Выгодоприобретатели должностными лицами публичных международных организаций или лицами, замещающими (занимающими) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение и освобождение от которых осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации (укажите должность, наименование и адрес работодателя):

Член совета директоров Центрального Банка РФ

Являетесь ли Вы/назначенные Вами Выгодоприобретатели иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), членом семьи (супруг(а), близкий родственник) ИПДЛ или представителем ИПДЛ\*

Являетесь ли Вы иностранным гражданином/лицом без гражданства\*

\* при проставлении положительной отметки необходимо заполнить бланк дополнительной анкеты иностранного гражданина, ИПДЛ

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



# ЗАПОЛНЕНИЕ ЗАЯВЛЕНИЯ О СТРАХОВАНИИ

## Страница №2

Обязательно указывается все данные о выгодоприобретателе, в том числе степень родства Выгодоприобретателя и Застрахованного

<b>4. ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛИ</b>		По воле застрахованного в случае его смерти страховые выплаты будут осуществлены следующими выгодоприобретателями.																			
<b>1. ДОЛЯ, %</b> 100		Ф.И.О. / Наименование организации <b>Семенов Сергей Владимирович</b>																			
ДАТА РОЖДЕНИЯ		1 5 0 1 2 0 0 3			Г.		МЕСТО РОЖДЕНИЯ			Г.Москва											
НОМЕР ПАСПОРТА/СВ-ВА О РОЖДЕНИИ		СЕРИЯ		5 2 9 0		НОМЕР		6 8 4 3 5 5		КОГДА		1 8 0 1 2 0 1 4		Г.		КОД ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ		145-010			
ПОЛ		М <input checked="" type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/>		КЕМ ВЫДАН <b>УФМС Ленинского р-на г.Москва</b>																	
СТЕПЕНЬ РОДСТВА С ЗАСТРАХОВАННЫМ		<b>Сын</b>				ГРАЖДАНСТВО				<b>РФ</b>				ИНН				<b>Нет</b>			
Адрес регистрации по месту жительства <b>Москва, Ул.Профсоюзная д.115 кв 55</b>																					
<b>2. ДОЛЯ, %</b>		Ф.И.О. / Наименование организации																			
ДАТА РОЖДЕНИЯ					Г.		МЕСТО РОЖДЕНИЯ														
НОМЕР ПАСПОРТА/СВ-ВА О РОЖДЕНИИ		СЕРИЯ				НОМЕР				КОГДА				Г.		КОД ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ					
ПОЛ		М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/>		КЕМ ВЫДАН																	
СТЕПЕНЬ РОДСТВА С ЗАСТРАХОВАННЫМ																					
Адрес регистрации по месту жительства																					
Примечание: если Выгодоприобретатель не назначен, страховые выплаты																					

Если Выгодоприобретатель не назначен, то этот блок Заявления не заполняется, в этом случае страховые выплаты при смерти Застрахованного будут осуществлены его законным наследникам

СТРАХОВАТЕЛЬ (Ф.И.О.)	<b>Семенов Владимир Алексеевич</b>	ПОДПИСЬ		
ЗАСТРАХОВАННЫЙ/ ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ЗАСТРАХОВАННОГО (ЕСЛИ ЗАСТРАХОВАННЫЙ МОЛОЖЕ 18 ЛЕТ) (Ф.И.О.)	<b>Семенов Владимир Алексеевич</b>	ПОДПИСЬ		
СТРАХОВОЙ КОНСУЛЬТАНТ (Ф.И.О.) ОСНОВНОЙ	<b>Алексеева В.С.</b>	ПОДПИСЬ		
СТРАХОВОЙ КОНСУЛЬТАНТ (Ф.И.О.) ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ		ПОДПИСЬ		

Данные подписываются Страхователем, Застрахованным (для Застрахованных моложе 18 лет – законным представителем Застрахованного) и Страховым Консультантом



# ЗАПОЛНЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОПРОСНИКА



ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ,  
на которые необходимо ответить при ответе «Да» на соответствующий вопрос анкеты Застрахованного

Номера вопросов в анкете	Дополнительные вопросы
1	1) Укажите характер профессиональной деятельности; 2) Перечислите Ваши основные обязанности; 3) Как часто Вы подвергаетесь опасности?
2	1) Перечислите "Горячие точки" (ГТ), в которые Вы ездите или намереваетесь ездить; 2) Род Ваших занятий при выезде в ГТ; 3) Как часто Вы ездите или намереваетесь ездить в ГТ?
3	... (бительском);
4	3) На протяжении какого периода Вы следовали им?
5	1) Укажите название страховой компании; 2) Вид страхования и дату подачи заявления 3) Страховую сумму; 4) Срок страхования. 5) Было ли отклонено или принято с повышением тарифа?
6	1) Укажите дату и обстоятельства несчастного случая (травмы); 2) Какой диагноз Вам был поставлен? 3) Была ли госпитализация? Если да, укажите период; 4) Были ли осложнения? Если да, укажите диагноз, какое проводилось лечение и страдаете ли в настоящее время.
7	1) Какая группа Вам присвоена и когда? 2) На основании какого диагноза? 3) Есть ли право на трудовую деятельность? Если да, то какие даны рекомендации по условиям труда.

**Необходимо ответить на дополнительные вопросы, которые соответствуют номеру ответа ДА в медицинской анкете**



# ЗАПОЛНЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОПРОСНИКА


**PPF Страхование жизни**

ПРИЛОЖЕНИЕ К ЗАЯВЛЕНИЮ О СТРАХОВАНИИ ЖИЗНИ № **1111111**

АРХ. № \_\_\_\_\_ АГЕНТ № \_\_\_\_\_

СТРАХОВАТЕЛЬ	Ф.И.О. <b>Семенов Сергей Владимирович</b>
ЗАСТРАХОВАННЫЙ	Ф.И.О. <b>Семенов Сергей Владимирович</b>

Если в Анкете Застрахованного на какой-либо вопрос Вы ответили "Да", внесите в таблицу номер вопроса и подробные ответы на все дополнительные вопросы, с которыми Вы согласны:

Номера вопросов из анкеты	Номера дополнительных вопросов	Подробные ответы
<b>6</b>	<b>1</b>	<b>Апрель 2008 года; бытовая травма Перелом запястья Нет Нет</b>
	<b>2</b>	
	<b>3</b>	
	<b>4</b>	

Обязательно заполняется агентский номер

Заполняется ФИО Страхователя и Застрахованного

Заполняются подробные ответы на соответствующие дополнительные вопросы

ЗАСТРАХОВАННЫЙ	<i>Семенов</i>	ДАТА	1 1 1 2 0 1 2
Я принимаю на себе ответственность за полноту и правдивость сведений, изложенных Застрахованным выше:			
СТРАХОВАТЕЛЬ	<i>Семенов</i>	ДАТА	1 1 1 2 0 1 2
ООО «PPF Страхование жизни» обязуется обеспечивать конфиденциальность предоставленной информации			

При выявлении ошибок в ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ АНКЕТЕ – анкету необходимо дополнить или переписать



# БЛАНК ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ

**PPF** Страхование жизни

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

АРЖ № \_\_\_\_\_ АГЕНТ № \_\_\_\_\_

ИНТЕРЕСУЮЩИЙСЯ ЗАСТРАХОВАННЫМ № \_\_\_\_\_

**СТРАХОВАТЕЛЬ-ЮРИДИЧЕСКОЕ ЛИЦО** (наименование организации (фирмы) и наименование ее исполнительного органа (директора)) \_\_\_\_\_  
 (наименование организации (фирмы)) \_\_\_\_\_  
 Организация/ филиал (фирма) \_\_\_\_\_ дата государственной регистрации \_\_\_\_\_  
 ИНН (или код иностранной организации для идентификации) \_\_\_\_\_  
 ОГРН (или код ОГРН) или идентификационный номер в государственном реестре юридических лиц (наименование) \_\_\_\_\_  
 ОГРН ОГРНИП (наименование) \_\_\_\_\_  
 ФИЛИАЛ ПОДЛЕЖАЩИЙ КОДЕКСУ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА ОСНОВАНИИ № \_\_\_\_\_  ИСЛАМА  ДРУГОЙ КОДЕКС \_\_\_\_\_  
 ТЕЛЕФОН(Ы) \_\_\_\_\_  
 Укажите СДПН (способ получения уведомления) (наименование по форме) \_\_\_\_\_  
 № по номер мобильного телефона  по электронной почте (укажите e-mail)  Почтой России (С уведомлением не может гарантироваться доставка)

Адрес (место нахождения) юридического лица, указанного в адресе государственного реестра юридических лиц \_\_\_\_\_  
 ФИЛИАЛ \_\_\_\_\_ АДРЕС \_\_\_\_\_  
 УЛИЦА \_\_\_\_\_ Д/М \_\_\_\_\_ К/П/У/С \_\_\_\_\_  
 ТЕЛЕФОН(Ы) \_\_\_\_\_  
 Укажите адрес \_\_\_\_\_  Отметьте, в случае, если совпадает с адресом государственного реестра юридических лиц \_\_\_\_\_  
 ФИЛИАЛ \_\_\_\_\_ АДРЕС \_\_\_\_\_  
 УЛИЦА \_\_\_\_\_ Д/М \_\_\_\_\_ К/П/У/С \_\_\_\_\_  
 ТЕЛЕФОН(Ы) \_\_\_\_\_

**СТРАХОВАТЕЛЬ-ФИЗИЧЕСКОЕ ЛИЦО** (ФИО) \_\_\_\_\_

ПОС  М  П  Д/М КОДЕКС \_\_\_\_\_ СДПН(Т) (номер и номер или регистрационный номер в стране регистрации для идентификации) \_\_\_\_\_  
 РАЙОН(Ы) \_\_\_\_\_ АДРЕС ПОСМОТРЕТЬ \_\_\_\_\_  
 МЕСТО ЖИЗНИ (ИЛИ ПЕРИОДЫ ПРОЖИВАНИЯ) (ИНТЕРЕСУЮЩИЙСЯ) \_\_\_\_\_  
 СНИЛС \_\_\_\_\_ ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ \_\_\_\_\_  
 КОД ВЫДАЧИ \_\_\_\_\_  
 КОД ПОСМОТРЕТЬ \_\_\_\_\_ ФИЛИАЛ \_\_\_\_\_  
 ФИЛИАЛ \_\_\_\_\_ АДРЕС \_\_\_\_\_  
 АДРЕС МЕСТА ЖИЗНИ (или в интересах) \_\_\_\_\_  
 ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ АДРЕС \_\_\_\_\_  
 ТЕЛЕФОН(Ы) \_\_\_\_\_  
 Укажите СДПН (способ получения уведомления) (наименование по форме) \_\_\_\_\_  
 № по номер мобильного телефона  по электронной почте (укажите e-mail)  Почтой России (С уведомлением не может гарантироваться доставка)

Адрес регистрации по месту жительства \_\_\_\_\_  Отметьте, если является основным адресом для направления почтовой корреспонденции \_\_\_\_\_  
 ФИЛИАЛ \_\_\_\_\_ АДРЕС \_\_\_\_\_  
 УЛИЦА \_\_\_\_\_ Д/М \_\_\_\_\_ К/П/У/С \_\_\_\_\_  
 ТЕЛЕФОН(Ы) \_\_\_\_\_

Адрес фактического проживания \_\_\_\_\_  Отметьте, если является основным адресом для направления почтовой корреспонденции \_\_\_\_\_  
 ФИЛИАЛ \_\_\_\_\_ АДРЕС \_\_\_\_\_  
 УЛИЦА \_\_\_\_\_ Д/М \_\_\_\_\_ К/П/У/С \_\_\_\_\_  
 ТЕЛЕФОН(Ы) \_\_\_\_\_

Датум рождения, дата и место рождения (укажите дату и место рождения) \_\_\_\_\_  
 Дата выдачи и наименование документа, подтверждающего личность (паспорт гражданина Российской Федерации) \_\_\_\_\_  
 Дата выдачи и наименование документа, подтверждающего личность (паспорт гражданина другой страны) \_\_\_\_\_  
 (Датум и место рождения с/р (или иностранное гражданство) с/р) \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_  
 (Датум и место рождения с/р (или иностранное гражданство) с/р) \_\_\_\_\_ дата рождения \_\_\_\_\_ гражданство \_\_\_\_\_

Возрастик, не превышающий предельного возраста наступления пенсии (ИПДП) \_\_\_\_\_  
 да  нет Если «да» укажите дату наступления.  
 Дата вступления в брак (или расторжения брака) \_\_\_\_\_  
 Возраст, не превышающий предельного возраста наступления пенсии (ИПДП) \_\_\_\_\_  
 да  нет Если «да» укажите дату наступления.  
 Возраст, не превышающий предельного возраста наступления пенсии (ИПДП) \_\_\_\_\_  
 да  нет Если «да» укажите дату наступления.

**НАХОДИТСЯ ЛИ ЗАСТРАХОВАННЫЙ В СЛУЖБЕ** \_\_\_\_\_  
**НАХОДИТСЯ ЛИ ЗАСТРАХОВАННЫЙ В ВОЕННОЙ СЛУЖБЕ** \_\_\_\_\_

ООО «РПБ» Страхование жизни является объектом страхования конфиденциальности предоставленной информации

Бланк Дополнительной информации заполняется, если Страхователь является юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем

Страхователем может выступать юридическое лицо или индивидуальный предприниматель, Основным Застрахованным (ОЗ) – любое дееспособное физическое лицо, а Дополнительным Застрахованным (ЗР) - ребенок Основного Застрахованного или ребенок-сирота, взятый под патронаж



## СТРАХОВОЙ ПРОДУКТ «ПРЕМИУМ»



**Образцы заполнения  
документов на оплату**



# ДОКУМЕНТЫ НА ОПЛАТУ ПЕРВОГО ВЗНОСА

**РРР** Страхование жизни

## РАСПИСКА ДЛЯ СТРАХОВАТЕЛЯ

Настоящим я \_\_\_\_\_ (ИП/ОК/ИПн), являясь уполномоченным представителем

ООО «ПГФ Страхование жизни», подтверждаю, что мною и/\_\_\_\_\_ (ИП/ОК/ИПн)

принято Заключено и страхованию № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ года, содержащее следующие условия:

Виды рисков программы	Страховая сумма	Страховая премия (бракосвадебный взнос)
Обычные страховые жизни		
<b>Дополнительные программы:</b>	Страховая сумма	Страховая премия (бракосвадебный взнос)
<b>Программа ГПЗ</b>		
<b>Программа ИС</b>		
смерть Застрахованного в результате ИС		
инвалидность Застрахованного в результате ИС		
телесные повреждения Застрахованного		
временная нетрудоспособность Застрахованного		
временная нетрудоспособность Застрахованного с расширенной выплатой		
инсульт головного мозга		
хирургические операции Застрахованного		
<b>Программа на случай инвалидности ИП</b>		
<b>Программа Хирургические операции в результате болезни</b>		
<input type="checkbox"/> максимальная <input type="checkbox"/> средняя <input type="checkbox"/> минимальная		
<b>Освобождение от уплаты взноса в случае инвалидности</b>		

Размер страховой премии (страхового взноса): \_\_\_\_\_ руб.

Срок договора страхования: \_\_\_\_\_ мес.  
 до окончания жизни, наступления смерти или иной причины жизни Застрахованного (пожизненно) или с указанием \_\_\_\_\_

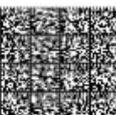
Периодичность уплаты взносов:  ежеквартально  раз в полгода  ежегодно  раз в три месяца

Согласен уменьшение страховой суммы без предварительного согласования в случае принятия на страхование увеличенного тарифом  
 да  нет

Назначен ли плательщик при оплате страхового взноса вторым переводом \_\_\_\_\_

Принадлежность:  
 ООО «ПГФ Страхование жизни» \_\_\_\_\_ (ИП/ОК/ИПн)

Дата: \_\_\_\_\_


4 1123K



ПРИЕМ

№ \_\_\_\_\_

Итого взысканий в руб. \_\_\_\_\_



9591

**ПОЧТОВЫЙ ПЕРЕВОД на руб. 00 коп.  ВАКУЮЩИЙ ПЛАТЕЖ**

Имя получателя перевода: \_\_\_\_\_

Кому: ООО «ПГФ Страхование жизни»

Код: 120995 Федеральный клиент ООО «ПГФ Страхование жизни»

Счетный или идентификационный номер: \_\_\_\_\_

От кого: \_\_\_\_\_

Адрес отправителя: \_\_\_\_\_

Идентификационный номер получателя перевода: \_\_\_\_\_

Адрес получателя перевода: \_\_\_\_\_

Письменный паспорт: Серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ (дата выдачи) \_\_\_\_\_

Гражданство: РФ \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

Миграционный карт: Серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ (дата выдачи) \_\_\_\_\_

Срок пребывания: \_\_\_\_\_

Достоверность для перевода:  Да  Нет

Инициалы получателя перевода: \_\_\_\_\_

Подпись отправителя: \_\_\_\_\_

# ЗАПОЛНЕНИЕ РАСПИСКИ ДЛЯ СТРАХОВАТЕЛЯ



## РАСПИСКА ДЛЯ СТРАХОВАТЕЛЯ

Настоящим я **Алексеева Валентина Сергеевна** (ИПАО/ИПН), являясь уполномоченным представителем  
 ООО «ПГФ» Страхование жизни, подтверждаю, что меня и **Семенова Сергея Владимировича**  
 (ИПАО/Страхование) принял Заключенный страховой полис № **1234567** от **11.01.2018** года, содержащий гарантированные условия

Заполняются все параметры программ страхования в соответствии с Заявлением о страховании

Видовая программа:	Страховая сумма	Страховая премия (страховой взнос)
Смешанное страховое возмещение	<b>1 500 000 0</b>	<b>3 895 5</b>
<b>Дополнительные программы:</b>		
Программа ГПЗ	<b>250 000 0</b>	<b>1 748</b>
Программа ИС		
смерть Застрахованного в результате ИС	<b>1 500 000 0</b>	<b>1 845</b>
инвалидность Застрахованного в результате ИС	<b>150 000 00</b>	<b>1 320</b>
месячный поврежденный Застрахованного	<b>750 000 0</b>	<b>2 828</b>
временная нетрудоспособность Застрахованного	<b>500 000 0</b>	<b>2 345</b>
временная нетрудоспособность Застрахованного с расширенной выплатой		
госпитализация Застрахованного	<b>1 500</b>	<b>529</b>
хирургические операции Застрахованного		
Программа на случай инвалидности ИП	<b>1 500 000 0</b>	<b>6 930</b>
Программа Хирургические операции в результате болезни <input type="checkbox"/> минимальная <input type="checkbox"/> средняя <input type="checkbox"/> максимальная	<b>1 000 000 0</b>	<b>2 870</b>
Освобождение от уплаты взносов в случае инвалидности		<b>3 611</b>

Размер страховой премии (страхового взноса): **Шестьдесят пять тысяч восемьсот семьдесят рублей** руб

Срок договора страхования: **30** лет  
 До достижения 14 лет, впоследствии и далее за датой достижения Застрахованным пенсионного возраста

Периodicность уплаты взносов:  ежеквартально     раз в полгода     ежегодно     раз в три месяца

Согласен на уменьшение страховых сумм без предварительного согласования в случае принятия на страхование с увеличенным тарифом  
 да     нет

Назначение платежа  оплата страхового взноса по полису № **987654321**

Подписатель: **Алексеева В. С.**

Дата: **11.01.2018**

Подписывается  
 Страховым консультантом

# ЗАПОЛНЕНИЕ БЛАНКА ПОЧТОВОГО ПЕРЕВОДА



№ \_\_\_\_\_ (по накладной ф.16)

Контроль  \_\_\_\_\_ (дата)

\_\_\_\_\_ (подпись)



Зона оттиска ККМ

ф. 112ЭК



## Информация для клиентов ООО "ПФФ Страхование жизни"

Тариф за осуществление почтового перевода оплачивает ООО "ПФФ Страхование жизни".

Настоящий платеж предназначен ООО "ПФФ Страхование жизни" на основании договора о приеме платежей с ФГУП "Почта России" от 01.01.2008 г.

В строке "Сообщение" первые тринадцать цифр зарезервированы ООО "ПФФ Страхование жизни". Далее следует номер Вашего полиса и контрольная цифра.

Внимание!

Номер Вашего полиса в строке "Сообщение" должен совпадать с номером полиса или заявлением о страховании.

**ПОЧТОВЫЙ ПЕРЕВОД на 31321 руб. 00 коп.**  **НАЛОЖЕННЫЙ ПЛАТЕЖ**

*Тридцать одна тысяча триста двадцать семь рублей 00 копеек*

(Рубли прописью, копейки цифрами)

с уведомлением SMS о выплате почтового перевода получателю № моб. тел. отправителя

**Кому:** ООО "ПФФ Страхование жизни" (полное или краткое наименование корпоративного клиента)

**Куда:** 125956 Федеральный клиент ООО "ПФФ Страхование жизни" (индекс объекта почтовой связи, федеральный/региональный клиент, наименование корпоративного клиента)

**Сообщение или идентификатор перевода:**

0 6 9 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0 8 9 4 5 4 9 1 4 8

**От кого:** Семенов Владимир Алексеевич (Фамилия, Имя, а также Отчество (если иное не вытекает из закона или национального обычая) полностью)

**Адрес отправителя:** Московская обл., Щелковский р-н, п. Мошино, ул. Ленина, д. 9, кв. 18 (адреса нахождения/преживания) 122254 (индекс)

Обведенное пунктирной линией заполняется отправителем перевода

**Адрес регистрации отправителя:** (адрес места жительства/регистрации, заполняется при несопадении с адресом отправителя, а также до востребования или на а/я)

**Предъявлен паспорт** Серия 4602 № 547002 выдан 01.10.2002 (наименование документа, удостоверяющего личность) (дата выдачи)

ОВД Щёлковского р-на Московской области (наименование учреждения, выдавшего документ)

**Гражданство:** РФ (код подразделения, если имеется) **Дата рождения** 23.10.1965 (при его наличии)

Дополнительно для переселенцев России заполняется)

**Миграционная карта:** Серия № выдана (дата выдачи)

**Срок пребывания:** с по (дата выдачи)

Является ли Вы должностным лицом публичных международных организаций или лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членом Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначения на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпораций и иных организациях, созданных Российской Федерации на основании Федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации

**Согласен (на)** на направление информации о новых сервисах и услугах, оказываемых в отделении почтовой связи на указанный выше номер моб. телефона отправителя. Подтверждаю, что данный номер является моим номером моб. телефона, выделенным мне оператором сотовой связи.

В целях осуществления данного почтового перевода подтверждаю свое согласие:  
 - на обработку как автоматизированным, так и неавтоматизированным способом указанных на бланке персональных данных;  
 - на передачу информации о номере почтового перевода, о событии (о перечислении почтового перевода на счет получателя, о зате и месте совершения события). Также подтверждаю свое согласие на передачу номера почтового перевода и события третьему лицу в целях передачи SMS-сообщений по сетям связи.

подпись отправителя

Да  Нет

Подпись

(подпись оператора)

Исправления не допускаются



# ОБРАЗЕЦ БЛАНКА ПОЧТОВОГО ПЕРЕВОДА ДЛЯ ОПЛАТЫ ОЧЕРЕДНЫХ ВЗНОСОВ

Ф. 1123К

**ПРИЕМ**

№ \_\_\_\_\_ (по экземпляру Ф.157)

Квитанция: \_\_\_\_\_ (дата) \_\_\_\_\_ (подпись)

9591

Тариф на осуществление почтового перевода оплачивает ООО "ПФФ Страхование жизни". Настоящий бланк принадлежит ООО "ПФФ Страхование жизни" на основании договора о приеме платежей с ФГУП "Почта России" от 01.01.2008. В строке "Смещение" occorre прислать шифр зарегистрирован ООО "ПФФ Страхование жизни". Далее следует номер Вашего заказа и контрольная цифра.

Внимание!  
Номер Вашего заказа в строке "Смещение" должен совпадать с номером заказа или выписки из страхования.

**ПОЧТОВЫЙ ПЕРЕВОД** на \_\_\_\_\_ руб. 00 коп.  **НАЛОЖНЫЙ ПЛАТЕЖ**

(Рубли прописью, копейки цифрами)

с уведомлением  SMS о выплатах почтового перевода получателю № моб. т.к. отправителя \_\_\_\_\_

Кому: ООО "ПФФ Страхование жизни" (полное наименование юридического лица)

Куда: 125956 Федеральный клиент ООО "ПФФ Страхование жизни" (индекс, область, почтовый ящик, федеральный/региональный клиент, наименование юридического лица)

Сообщение или идентификатор перевода:  
|0|6|2|0|0|0|0|0|0|0|0|0|0|0|

От кого: \_\_\_\_\_ (Фамилия, Имя, и отчество (если иное не вытекает из текста или наименования объекта) полностью)

Адрес отправителя: \_\_\_\_\_ (адрес места регистрации/пробитки)

Обязательно указывать лицам, выполняющим отправку перевода  
Адрес регистрации отправителя: \_\_\_\_\_ (адрес регистрации, район, районный отдел, индекс, индекс до востребования или по а/я)

Президент паспорт Серия № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_ (индекс) (наименование документа, удостоверяющего личность) (дата выдачи)

(наименование учреждения, выдавшего документ) ПИН \_\_\_\_\_ (при его наличии)

Гражданство: Р-Ф \_\_\_\_\_ (код подразделения, если вытекает) Дата рождения \_\_\_\_\_ (Дополнительно для нерезидентов России указывается)

Миграционная карта: Серия № \_\_\_\_\_ выдана \_\_\_\_\_ (дата выдачи)

Срок пребывания: с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_  Да  Нет

Имеется ли Вы должностным лицом публичных учреждений или лицом, замещающим (замещающим) государственные должности Российской Федерации, должности члена Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности государственной службы, должности на выбор и обслуживание от публичного государственного Предприятия Российской Федерации или Правительства Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных учреждениях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании Федерального закона, выданных в порядке должностей, определенных Конституцией Российской Федерации

СМС-оплата или электронная выписка о выводе средств и услугах, оказываемых в отношении почтовой связи на указанный вами номер мобильного телефона отправителя. Подтверждено, что данный номер является номером мобильного телефона, выданным мне оператором сотовой связи

В целях осуществления данного почтового перевода подержать свое согласие:  
- на обработку как автоматизированным, так и неавтоматизированным способом указанных на бланке персональных данных;  
- на передачу информации о номере почтового перевода, о событии (о совершении почтового перевода на счет получателя, о дате и месте совершения события).  
Также подтверждаю свое согласие на передачу номера почтового перевода и события третьему лицу в целях передачи SMS-сообщений по сети связи.

Полный отправителя \_\_\_\_\_ (подпись отправителя)

(подпись оператора)

Исполнение не допускается

Исполнение не допускается

Для оплаты последующих взносов через Почту России клиент может сформировать бланк перевода на сайте компании или воспользоваться стандартным образцом в отделениях Почты России.

Для формирования бланка на сайте компании необходимо заполнить специальную форму. При этом часть данных появится на бланке автоматически, оставшиеся - необходимо заполнить от руки.

Если клиент формирует бланк на сайте компании, на нем присутствует индивидуальный QR-код.

