

Приложение 7  
к Правилам страхования  
от несчастных случаев и болезней

В ЗАО “Иф Страхование”

\_\_\_\_\_ (наименование страховой организации)  
от \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. Застрахованного, Выгодоприобретателя,  
\_\_\_\_\_ наследника – указать нужное)  
проживающего по адресу: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (указать адрес регистрации, телефон)

**З А Я В Л Е Н И Е**

В соответствии с договором страхования от несчастных случаев и болезней № \_\_\_\_\_ от  
“ \_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. прошу произвести мне страховую выплату в связи с событием:

\_\_\_\_\_ (указать: временная нетрудоспособности / временное расстройство здоровья, инвалидность, смерть Застрахованного)  
наступившим в результате несчастного случая, произошедшего “ \_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. в “ \_\_\_\_ ”  
час. “ \_\_\_\_ ” мин.

Место наступления события: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (указать точное место наступления события)

Характеристика и обстоятельства несчастного случая: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (краткая характеристика несчастного случая, его обстоятельств или ссылка на Приложение)

К Заявлению прилагаются следующие документы (нужное указать или дополнить):

1. Договор (полис) страхования.
2. Документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица (или его копия).
3. Справка, выданная компетентными органами, подтверждающая факт наступления несчастного случая.
4. Копия свидетельства о смерти Застрахованного лица.
5. Копия документа, свидетельствующего о праве на наследство.
6. Листок нетрудоспособности.
7. Справка МСЭК о назначении инвалидности.
8. Справка медицинского учреждения, подтверждающая факт несчастного случая с указанием диагноза и сроков лечения (форма 195).
9. Выписной эпикриз из истории болезни (в случае стационарного лечения)
10. Рентгенограмма с заключением (в случае переломов и закрытых черепно-мозговых травм).

Причитающееся страховое возмещение  
прошу выплатить:

безналичным расчетом  
на р./счет № \_\_\_\_\_

в \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (наименование банка, реквизиты банка)

наличным расчетом

“ \_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 200\_\_ г.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) (Фамилия И.О. Застрахованного  
лица/ Выгодоприобретателя )