

ЗАЯВЛЕНИЕ
о наступлении страхового события с Застрахованным лицом

Я, _____,
(ФИО Заявителя)

Адрес: _____,
(область, район, город, улица, дом, квартира, индекс)

Паспорт: серия, номер _____ выдан _____
_____ дата выдачи «__» _____,

дата рождения: «__» _____ Г.,

контактный телефон (с кодом города): _____,

являюсь Застрахованным лицом

или иным лицом (кем приходится Застрахованному лицу): _____
(отношение к Застрахованному лицу)

сообщаю о страховом событии, произошедшем с Застрахованным лицом:

- инвалидность _____ группы в результате болезни
 инвалидность _____ группы в результате несчастного случая
 смерть в результате болезни
 смерть в результате несчастного случая
 временная утрата трудоспособности
 недобровольная потеря работы

Сведения о Застрахованном лице

(ФИО Застрахованного лица, заполняется, в случае если заявителем является иное лицо)

Адрес: _____

(область, район, город, улица, дом, квартира, индекс)

Паспорт: серия, номер _____ выдан _____
_____ дата выдачи «__» _____,

дата рождения: «__» _____ Г.

Кредитный Договор

№ _____ от «__» _____ Г.

Договор страхования с ООО «Страховая компания КАРДИФ»

№ _____ от «__» _____ Г.

ФИО Заявителя _____ **Подпись Заявителя** _____

**Документы, передаваемые в страховую компанию
вместе с данным Заявлением для подтверждения факта
и обстоятельств страхового события:**

- Копия договора страхования и всех дополнений/приложений к нему.
- Нотариально заверенная копия свидетельства о смерти: серия _____
№ _____ от «__» _____ .
- Нотариально заверенная копия Справки о смерти, выданной ЗАГСом или иным
уполномоченным на то государственным органом.
- Официальное медицинское заключение о смерти (выписка из истории болезни
посмертный эпикриз), выданная медицинским учреждением, где была зарегистрирована
смерть (в случае смерти в медицинском учреждении).
- Нотариально заверенная копия Медицинского свидетельства о смерти (форма №106/у-
98 или №106/у): серия _____ № _____
от «__» _____ .
- Выписка из амбулаторной карты по месту жительства за последние 5 лет с указанием
общего физического состояния, поставленных диагнозов и дат их постановки,
предписанного и проведенного лечения, дат госпитализаций и их причин, установленных
групп инвалидности или направления на МСЭК.
- Копия документа, удостоверяющего личность заявителя (паспорт или военный билет).
- Нотариально заверенная копия протокола патологоанатомического вскрытия.
- Копия заявления родственников об отказе от вскрытия.
- Протокол, оформленный сотрудником органов внутренних дел по факту
происшествия. Укажите точное название документа:

-
- Справка о возбуждении уголовного дела или отказе о возбуждении уголовного дела
(нужное подчеркнуть).
 - Решение суда, вступившее в силу (если было заведено уголовное дело).
 - Свидетельство о праве на наследство.
 - Нотариально заверенная копия Справки МСЭ (выдается инвалиду):
серия _____ № _____ от «__» _____
 - Документ, устанавливающий причину инвалидности (устанавливающий точное
название Заболевания или подтверждающий, что причиной инвалидности явился
несчастный случай соответственно), если в качестве причины инвалидности в

заклучении МСЭ указано «общее Заболевание», либо применена иная формулировка причины инвалидности, не позволяющая должным образом установить причину инвалидности и/или тот факт, что наступление инвалидности явилось прямым следствием несчастного случая. Укажите точное название документа:

документы, подтверждающие факт страхового случая (письменное уведомление работодателя об увольнении с указанием его причин, трудовая книжка с отметкой об увольнении и другие документы в соответствии с настоящими Правилами страхования и по согласованию сторон),

решение суда, вступившего в законную силу, при разрешении спора в судебном порядке,

копия трудовой книжки, заверенная нотариусом или печатью работодателя Страхователя (все страницы);

копия договора автокредита с информацией о датах и суммах ежемесячных платежей.

листок нетрудоспособности с указанием дат и диагнозов

Прочие документы (перечислить):

ФИО Заявителя _____

Подпись Заявителя _____

«__» _____ 20__ года