

SUG'URTA HODISASI TO'G'RISIDA ARIZA
aviaparvoz paytida baxtsiz hodisalardan sug'urtalash shartnomasiga ko'ra

1. SUG'URTALOVCHI (FOYDA OLUVCHI) HAQIDA MA'LUMOT

F.I.Sh to'liq:	
Tug'ilgan sana:	
Pasport (seriya, raqam):	
Berilgan sana / Kim tomonidan berilgan:	
Ro'yxatdan o'tish manzili:	
Telefon:	
Email:	

2. SUG'URTALANGAN SHAXS (agar Sug'urtalovchi (Foyda oluvchi) Sug'urtalangan shaxs bo'lmasa, to'ldiring)

F.I.Sh to'liq:	
Tug'ilgan sana:	
Pasport (seriya, raqam):	
Berilgan sana / Kim tomonidan berilgan:	
Ro'yxatdan o'tish manzili:	

3. SUG'URTALASH SHARTNOMASI HAQIDA MA'LUMOT

Polis raqami:	
---------------	--

4. SUG'URTA HODISASI HAQIDA MA'LUMOT

Hodisa sanasi:	
Hodisa vaqti:	
Sodir bo'lgan voqea tavsifi: (sharoitlar, sabablar, oqibatlar)	
Olingan shikastlanishlar tavsifi (jarohatlar):	

4. TIBBIY YORDAM SO'RASH

Tibbiy yordam turi:	☐ Ambulatoriya davolash ☐ Statsionar davolash ☐ Ikkala variant
Tibbiy muassasa nomi:	
Tibbiy muassasa manzili:	
Davolanish muddati:	dan _____ gacha _____ (jami kunlar: _____)

5. ILOVA QILINADIGAN HUJJATLAR

Arizaga quyidagi hujjatlarni ilova qilaman:

Umumiy hujjatlar (barcha hollar uchun majburiy):

- ☐ Sug'urta hodisasi yuz berishi haqida ariza (Sug'urtalovchi shaklida)
- ☐ Sug'urtalangan shaxsning pasport nusxasi
- ☐ To'lovni o'tkazish uchun bank kartasi yoki hisobvaraqlar rekvizitlari

Jarohatlar uchun:

- ☐ Tashxis, jarohot tavsifi va uni olish sharoitlari ko'rsatilgan tibbiy ma'lumotnoma yoki kasallik tarixidan ko'chirma
- ☐ Tekshiruvlar, tahlillar, rentgen suratlar natijalari (mavjud bo'lsa)

Nogironlikda:

- ☐ Vakolatli organ tomonidan berilgan nogironlik belgilash to'g'risidagi ma'lumotnoma nusxasi
- ☐ Tibbiy-ijtimoiy ekspert komissiyasining xulosasi
- ☐ Nogironlik belgilash sababini tasdiqlovchi tibbiy hujjatlar

Sug'urtalangan shaxs vafot etgan taqdirda:

- ☐ O'lim to'g'risidagi guvohnoma nusxasi
- ☐ Sababi ko'rsatilgan tibbiy o'lim guvohnomasi
- ☐ To'lovni olish va merosga kirishga huquqni tasdiqlovchi hujjatlar (Foyda oluvchilar uchun)

6. ROZLIK VA IMZO

Shu bilan tasdiqlayman:

- Arizada ko'rsatilgan barcha ma'lumotlar to'g'ri va to'liq
- Shaxsiy ma'lumotlarimni qayta ishlashga rozilik beraman
- Tibbiy muassasalardan qo'shimcha ma'lumot so'rashga rozilik beraman
- Sug'urtalash qoidalari va To'lovlar jadvali bilan tanishdim
- Sug'urta kompaniyasi qo'shimcha hujjatlar so'rashga haqli ekanligini tushunaman
- So'ralgan barcha hujjatlarni belgilangan muddatlarda taqdim etishni o'z zimlamamga olaman

Sana: _____

Sug'urtalovchi imzosi: _____

Eslatma: Ariza aniq, tuzatishsiz to'ldirilishi kerak. Barcha hujjat nusxalari aniq va o'qilishi kerak.

ЗАЯВЛЕНИЕ О СТРАХОВОМ СЛУЧАЕ
по договору страхования от несчастных случаев во время авиаперелёта

1. ИНФОРМАЦИЯ О СТРАХОВАТЕЛЕ (ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЕ)

ФИО полностью:	
Дата рождения:	
Паспорт (серия, номер):	
Дата выдачи / Кем выдан:	
Адрес регистрации:	
Телефон:	
Email:	

**2. ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО (заполните, если Страхователь (Выгодоприобретатель) не является
Застрахованным лицом)**

ФИО полностью:	
Дата рождения:	
Паспорт (серия, номер):	
Дата выдачи / Кем выдан:	
Адрес регистрации:	

3. ИНФОРМАЦИЯ О ДОГОВОРЕ СТРАХОВАНИЯ

Номер полиса:	
---------------	--

4. ИНФОРМАЦИЯ О СТРАХОВОМ СЛУЧАЕ

Дата происшествия:	
Время происшествия:	
Подробное описание произошедшего: (обстоятельства, причины, последствия)	
Характер полученных повреждений (травмы):	

4. ОБРАЩЕНИЕ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

Вид медицинской помощи:	☐ Амбулаторное лечение ☐ Стационарное лечение ☐ Оба варианта
Название медицинского учреждения:	
Адрес медицинского учреждения:	

Период лечения:	с _____ по _____ (всего дней: _____)
-----------------	--------------------------------------

5. ПРИЛАГАЕМЫЕ ДОКУМЕНТЫ

К заявлению прилагаю следующие документы:

Общие документы (обязательно для всех случаев):

- ☐ Заявление о наступлении страхового случая (по форме Страховщика)
- ☐ Копия паспорта Застрахованного
- ☐ Реквизиты банковской карты или счета для перечисления выплаты

При травме:

- ☐ Медицинская справка или выписка из истории болезни с указанием диагноза, характера травмы и обстоятельств её получения
- ☐ Результаты обследований, анализов, рентгеновских снимков (при наличии)

При инвалидности:

- ☐ Копия справки об установлении инвалидности, выданная компетентным органом
- ☐ Заключение медико-социальной экспертной комиссии
- ☐ Медицинские документы, подтверждающие причину установления инвалидности

При смерти Застрахованного:

- ☐ Копия свидетельства о смерти
- ☐ Медицинское свидетельство о смерти с указанием причины
- ☐ Документы, подтверждающие право на получение выплаты и вступления в наследство (для Выгодоприобретателей)

6. СОГЛАСИЕ И ПОДПИСЬ

Настоящим подтверждаю:

- Вся информация, указанная в заявлении, является достоверной и полной
- Даю согласие на обработку моих персональных данных
- Даю согласие на запрос дополнительной информации в медицинских учреждениях
- Ознакомлен(а) с Правилами страхования и Таблицей выплат
- Понимаю, что страховая компания имеет право запросить дополнительные документы
- Обязуюсь предоставить все запрашиваемые документы в установленные сроки

Дата: _____

Подпись Страхователя: _____

Примечание: Заявление должно быть заполнено разборчиво, без исправлений. Все копии документов должны быть четкими и читаемыми.

INSURANCE CLAIM FORM
under the insurance contract for accidents during air travel

1. POLICYHOLDER (BENEFICIARY) INFORMATION

Full name:	
Date of birth:	
Passport (series, number):	
Date of issue / Issued by:	
Registration address:	
Phone:	
Email:	

2. INSURED PERSON (fill in if Policyholder (Beneficiary) is not the Insured Person)

Full name:	
Date of birth:	
Passport (series, number):	
Date of issue / Issued by:	
Registration address:	

3. INSURANCE CONTRACT INFORMATION

Policy number:	
----------------	--

4. INSURANCE CLAIM INFORMATION

Date of incident:	
Time of incident:	
Detailed description of the incident: (circumstances, causes, consequences)	
Nature of injuries received:	

4. MEDICAL CARE RECEIVED

Type of medical care:	☐ Outpatient treatment ☐ Inpatient treatment ☐ Both
Name of medical institution:	
Address of medical institution:	
Treatment period:	from _____ to _____ (total days: _____)

5. ATTACHED DOCUMENTS

I attach the following documents to the application:

General documents (mandatory for all cases):

- ☐ Insurance claim form (according to the Insurer's form)
- ☐ Copy of Insured Person's passport
- ☐ Bank card or account details for payment transfer

In case of injury:

- ☐ Medical certificate or medical history extract indicating diagnosis, nature of injury and circumstances
- ☐ Results of examinations, tests, X-rays (if available)

In case of disability:

- ☐ Copy of disability certificate issued by competent authority
- ☐ Medical and social expert commission conclusion
- ☐ Medical documents confirming the reason for disability

In case of death of the Insured Person:

- ☐ Copy of death certificate
- ☐ Medical death certificate indicating the cause
- ☐ Documents confirming the right to receive payment and inheritance (for Beneficiaries)

6. CONSENT AND SIGNATURE

I hereby confirm:

- All information provided in the application is accurate and complete
- I consent to the processing of my personal data
- I consent to requesting additional information from medical institutions
- I am familiar with the Insurance Rules and Payment Schedule
- I understand that the insurance company has the right to request additional documents
- I undertake to provide all requested documents within the specified timeframes

Date: _____

Policyholder's signature: _____

Note: The application must be filled out legibly, without corrections. All copies of documents must be clear and readable.