

SUG'URTA HODISASI HAQIDAGI ARIZA
baxtsiz hodisalardan sug'urta qilish shartnomasi bo'yicha

1. SUG'URTALOVCHI (FOYDA OLUVCHI) TO'G'RISIDAGI AXBOROT

To'liq ismi:	
Tug'ilgan sanasi:	
Pasport (seriya, raqam):	
Berilgan sana / Bergan organ:	
Ro'yxatdagi manzil:	
Telefon:	
Email:	

2. SUG'URTALANGAN SHAXS (Agar sug'urta qildiruvchi (naf oluvchi) sug'urtalangan shaxs bo'lmasa, bu bandni to'ldiring)

To'liq ism:	
Tug'ilgan sana:	
Pasport (seriya, raqam):	
Berilgan sana / Bergan organ:	
Ro'yxatga olingan manzil:	

3. SUG'URTA SHARTNOMASI HAQIDA MA'LUMOT

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

4. SUG'URTA HODISASI TO'G'RISIDAGI AXBOROT

Hodisa sanasi:	
Hodisa vaqti:	
Hodisaning batafsil bayoni: (sharoitlar, sabablar, oqibatlar)	
Olingan shikastlanishlar (jarohatlar) xususiyati:	

5. TIBBIY YORDAMGA MUROJAAT QILISH

Tibbiy yordam turi:	☐ Ambulator davolanish ☐ Statsionar davolanish ☐ Ikkala variant ham
Tibbiyot muassasasining nomi:	
Tibbiyot muassasasining manzili:	
Davolash davri:	_____ dan _____ gacha (jami: _____ kun)

6. ILOVA QILINADIGAN HUJJATLAR**Arizaga quyidagi hujjatlarni ilova qilaman:****Umumiy hujjatlar (barcha holatlar uchun majburiy):**

- ☐ Sug'urta hodisasi yuz berganligi to'g'risida ariza (Sug'urtalovchining shakli bo'yicha)
- ☐ Sug'urtalanuvchi pasportining nusxasi
- ☐ To'lovni o'tkazish uchun bank kartasi yoki hisob raqami rekvizitlari

Jarohatlanganda:

- ☐ Tashxis, jarohatning tabiati va uni olish holatlari ko'rsatilgan tibbiy ma'lumotnoma yoki kasallik tarixidan ko'chirma
- ☐ Tekshiruvlar, tahlillar, rentgen suratlari natijalari (mavjud bo'lsa)

- ☐
- YTHda - YHXBdan avariya holati va holatlari to'g'risida ma'lumotnoma

Nogironlikda:

- ☐
- Vakolatli organ tomonidan berilgan nogironlikni belgilash to'g'risidagi ma'lumotnoma nusxasi
-
- ☐
- Tibbiy-ijtimoiy ekspert komissiyasi xulosasi
-
- ☐
- Nogironlikni belgilash sababini tasdiqlovchi tibbiy hujjatlar

Kasalxonaga yotqizilganda:

- ☐
- Kasallik tarixidan kasalxonaga yotqizilgan va kasalxonadan chiqarilgan sana ko'rsatilgan ko'chirma
-
- ☐
- Tashxis va davolanishni tasdiqlovchi hujjatlar

Vaqtincha mehnatga qobiliyatsizlikda:

- ☐
- Kasallik varaqasining nusxasi (mehnatga layoqatsizlik varaqasi)
-
- ☐
- Mehnatga layoqatsizlik sababi haqida tibbiy ma'lumotnoma

Sug'urtalangan shaxs vafot etganda:

- ☐
- O'lim haqidagi guvohnoma nusxasi
-
- ☐
- O'lim sababi ko'rsatilgan tibbiy guvohnoma
-
- ☐
- To'lovni olish va merosga kirish huquqini tasdiqlovchi hujjatlar (foyda oluvchilar uchun)
-
- ☐
- YTHda - YHXBdan avariya holati va holatlari to'g'risida ma'lumotnoma

7. ROZILIK VA IMZO

Quyidagilarni tasdiqlayman:

- Arizada keltirilgan barcha ma'lumotlar ishonchli va to'liq hisoblanadi
- Shaxsiy ma'lumotlarimning qayta ishlanishiga roziman
- Tibbiyot muassasalaridan qo'shimcha ma'lumot so'rashga roziman
- Sug'urta qoidalar va To'lov jadvali bilan tanishib chiqdi
- Sug'urta kompaniyasi qo'shimcha hujjatlarni talab qilish huquqiga ega ekanligini tushunaman
- Barcha so'ralgan hujjatlarni belgilangan muddatlarda taqdim etish majburiyatini olaman

Sana: _____

Sug'urtalangan shaxs imzosi: _____

Eslatma: Ariza aniq o'qiladigan, tuzatishlarsiz to'ldirilishi kerak. Hujjatlarning barcha nusxalari aniq va o'qiladigan bo'lishi kerak.

ЗАЯВЛЕНИЕ О СТРАХОВОМ СЛУЧАЕ
по договору страхования от несчастных случаев

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):	

5. 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: _____)

6. 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 ДТП — справка из дорожной полиции о факте и обстоятельствах аварии

При инвалидности:

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

При госпитализации:

- ☐ Выписка из истории болезни с указанием даты поступления и выписки из стационара
- ☐ Документы, подтверждающие диагноз и проведенное лечение

При временной нетрудоспособности:

- ☐ Копия больничного листа (листка нетрудоспособности)
- ☐ Медицинская справка о причине нетрудоспособности

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)
- ☐ При ДТП — справка из дорожной полиции о факте и обстоятельствах аварии

7. 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 accident insurance contract

1. INFORMATION ABOUT THE INSURED (BENEFICIARY)

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

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

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

3. INFORMATION ABOUT THE INSURANCE CONTRACT

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

4. INFORMATION ABOUT THE INSURANCE CLAIM

Date of incident:	
Time of incident:	
Detailed description of incident: (circumstances, causes, consequences)	
Nature of injuries sustained (trauma):	

5. SEEKING MEDICAL ASSISTANCE

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

6. ATTACHED DOCUMENTS

I am attaching the following documents to this application:

General documents (required in all cases):

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

In case of injury:

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

- ☐ In case of a traffic accident — a certificate from the traffic police confirming the fact and circumstances of the accident

In case of disability:

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

In case of hospitalization:

- ☐ Excerpt from the medical history indicating the date of admission and discharge from the hospital
☐ Documents confirming the diagnosis and treatment

In case of temporary disability:

- ☐ Copy of the sick leave certificate (certificate of incapacity for work)
☐ Medical certificate confirming the cause of disability

In the event of the death of the Insured:

- ☐ Copy of the death certificate
☐ Medical certificate of death indicating the cause
☐ Documents confirming the right to receive payment and inheritance (for Beneficiaries)
☐ In the event of a traffic accident — a certificate from the Traffic Police confirming the fact and circumstances of the accident

7. 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 the request for additional information from medical institutions
- I have read and understood the Insurance Rules and the Table of Payments
- I understand that the insurance company has the right to request additional documents
- I undertake to provide all requested documents within the specified time frame

Date: _____

Insured's signature: _____

Note: The application must be completed legibly, without corrections. All copies of documents must be clear and legible.