

Энэхүү хүсэлтийн хуудсыг эрүүл мэндийн даатгалд даатгуулж буй иргэн бөглөнө.

Хүсэлтийн хуудас N°

ТАНЫ БӨГЛӨСӨН МЭДЭЭЛЭЛ ХУУЛИЙН ӨМНӨ ТАНЫГ ТӨЛӨӨЛНӨ.**1. Даатгуулагчийн мэдээлэл:**

Овог нэр:
Мэргэжил, албан тушаал:

Оршин суугаа газрын хаяг:

Регистрийн дугаар:
Утас/и-мэйл хаяг:
 Эрэгтэй Эмэгтэй

2. Даатгалд хамрагдах гэр бүлийн гишүүдийн /эхнэр эсхүл нөхөр/ мэдээлэл

Овог нэр:
Мэргэжил, албан тушаал:

Оршин суугаа газрын хаяг:

Регистрийн дугаар:
Утас/и-мэйл хаяг:
 Эрэгтэй Эмэгтэй

3. Даатгалд хамрагдах хүүхдүүдийн мэдээлэл:

Овог нэр:
Овог нэр:
Овог нэр:
Овог нэр:
Овог нэр:
Овог нэр:

Регистрийн дугаар:
Регистрийн дугаар:
Регистрийн дугаар:
Регистрийн дугаар:
Регистрийн дугаар:
Регистрийн дугаар:

4. Таны эмч:

Сүүлийн 2 жилийн турш байнга үзүүлж, зөвлөгөө авч буй эмчийнхээ талаар мэдээлэл өгнө үү.

Эмнэлгийн нэр: Эмчийн нэр: Утас:

5. Сонгож буй даатгалын хамгаалалт /тэмдэглэнэ үү/**Олон улсын эрүүл мэндийн даатгал**

- Silver plan:
 Platinum plan:
 Golden plan:

Монголд үйлчлэх эрүүл мэндийн даатгал

- Энхжин эрүүл мэндийн даатгал Багц 1
 Энхжин эрүүл мэндийн даатгал Багц 2
 Энхжин эрүүл мэндийн даатгал

6. Даатгалын хамгаалалтын хугацаа:

Хамгаалалтын хугацаа: он сар өдрөөс он сар өдөр хүртэл

7. Мэдэгдэл

Миний бие дээр дурдсан мэдээлэл дээр үндэслэн даатгалд хамрагдах хүсэлтэй байх ба энэхүү хүсэлтийн туссан мэдээлэл нь үнэн зөв болохыг баталж байна. Даатгуулагч болон түүний гэр бүлийн гишүүд бид эмчлэгч эмч болон гуравдагч этгээдээс эрүүл мэндийн байдлыг тогтооход шаардлагатай нэмэлт мэдээллийг хэдийд ч олж авах эрхийг Нэйшнл лайф даатгал ХХК-д үүгээр олгож байна. Энэхүү зорилгоор эмчлэгч эмч болон гуравдагч этгээдийг миний хувийн эрүүл мэндийн талаарх нууц хадгалах үүргээс чөлөөлж байна.

Огноо:

Гарын үсэг:

(Хүсэлт гаргагч эсхүл түүний хууль ёсны асран хамгаалагч гарын үсэг зурна.)

Хүсэлт гаргагч/ даатгалд хамрагдах хүний нэр: _____

Даатгал эхлэх үед мэдэгдэж байсан, эсхүл урьдчилан мэдэх боломжтой байсан эрүүл мэндийн өөрчлөлтийг даатгуулагч бичгээр мэдэгдэж, түүнийг нь Нэйшнл лайф даатгал ХХК хүлээн зөвшөөрснөөс бусад тохиолдолд уг эрүүл мэндийн өөрчлөлттэй холбоотой гарсан зардлыг хариуцахгүй. Эрүүл мэндийн байдлынхаа талаар үнэн зөв мэдээллийг бүрэн өгөөгүй тохиолдолд нөхөн төлбөр олгогдохгүй ба энэ нь даатгагчийн санаачлагаар гэрээ цуцлах үндэслэл болно. Эмчид мэдэгдээгүй эрүүл мэндтэй холбоотой бусад мэдээллийг өгнө үү.

ХҮСЭЛТИЙН ХУУДАС

Дараах асуултуудад тийм, үгүй гэж хариулна уу. Хэрэв тийм гэж хариулсан тохиолдолд арын хуудсанд бүрэн гүйцэд тайлбарлаж бичнэ үү.

Төрсөн огноо (өдөр/сар/он) : _____ Өндөр: _____ /см/ Жин: _____ /кг/ Даралтын хэмжээ: _____ /дээд/
 _____ /доод/

1.	Та өөрийгөө биеийн болоод сэтгэл зүйн хувьд эрүүл, ямар нэг зовиур шаналгаагүй гэж үзэж байна уу? Хэрэв үгүй бол дэлгэрэнгүй мэдээлэл өгнө үү?	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй
2.	Сүүлийн 5 жилийн хугацаанд дор дурьдсан өвчнүүдээр өвдөж байсан уу? Хэрэв тийм бол дэлгэрэнгүй мэдээлэл өгнө үү?	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй
2.1	Мэдрэлийн болон сэтгэцийн өвчнүүд /толгой эргэх, толгой тогтмол өвдөх, эпилепси, саажилт, цус харвалт, судасны цүлхэн, мэдрэлийн үрэвсэл, сэтгэл гутрал гэх мэт/	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй
2.2	Яс-булчингийн тогтолцоо холбогч эдийн өвчнүүд; үений өвчнүүд, хэрлэг төст артрит, багана нуруу, нугаламын өвчнүүд, ясны чөмөгний үрэвсэл гэх мэт	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй
2.3	Зүрх судасны өвчнүүд /цээжээр өвдөх, зүрх өвдөх, зүрх дэлсэх, даралт ихсэх, зүрхний титэм судасны нарийсал(ишеми), зүрхний шигдээс, хэм алдагдал, зүрхний хавхлагын өвчнүүд, зүрхний дутагдал гэх мэт/	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй
2.4	Шамбарам, хураагуур буюу вений судасны бүдүүрэл, вений судасны үрэвсэл, бүлэнт үрэвсэл гэх мэт судасны өвчнүүд	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй
2.5	Умай, өндгөвч, хөх болон бусад эмэгтэйчүүдийн өвчнүүд	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй
2.6	ХДХВ, ДОХ, бэлгийн замаар дамжих халдвар, сүрьеэ, халуун орны өвчин гэх мэт халдварт өвчин	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй
2.7	Амьсгалын замын болон харшлын гаралтай өвчнүүд /цусаар ханиалгах, байнгын ханиалгах, уушигны архаг бөглөрөлт өвчнүүд, багтраа г.м/	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй
2.8	Ходоод, бөөр болон хэвлийн хөндийн эрхтний өвчнүүд /ходоодны шарх, элэгний В, С, Д вирусын халдвар, элэгний хатуурал, бөөрний түүдгэнцрийн үрэвсэл, бөөр давсагны чулуу, бөөрний дутагдал г.м/	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй
2.9	Хортой болон хоргүй хавдар, хорт ургацаг, хатиг, уйланхай, ивэрхий болон нээлттэй шарх	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй
2.10	Дотоод шүүрлийн өвчнүүд /чихрийн шижин эсхүл шээсэнд сахар илэрсэн эсэх, бамбай булчирхай, өнчин тархи, бамбайн дээд булчирхайн өвчнүүд гэх мэт/	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй
2.11	Дархлааны тогтолцооны болон цусны өвчнүүд /тогтолцооны чонон яр, склеродерми, алази цус багадалт гэх мэт/	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй
2.12	Нүдний ямар нэгэн өвчнүүд, тухайлбал: хараа муудах, катаракт, солонгон давхаргын болон бусад өвчин	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй
3	Контакт линз, нүдний шил гэх мэт харааны хэрэгсэл хэрэглэдэг эсэх	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй
4	Чихний ямар нэгэн үрэвсэл, өвчин эсхүл сонсголын хүндрэл бий эсэх	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй

