

## Medical Application Form

### Эрүүл мэндийн даатгалд хамрагдах хүсэлтийн хуудас

Please contact us on +976-70110784 if you have any queries. Please send your Application Form to us at National Life, Ambassador office 5th floor, Peace Avenue 15A/5, Sukhbaatar district, 1st Khoroo, Ulaanbaatar city, Mongolia or by fax on +976-70110745 or return to your Insurance Broker.

Тодруулах зүйл байвал 976-70110784 утсаар бидэнд хандана уу. Та Хүсэлтийн хуудсаа бөглөж доорх хаягаар ирүүлнэ үү: Нэйшнл лайф даатгал ХХК, Энхтайвны өргөн чөлөө 15/5 Сүхбаатар дүүрэг, 1-р хороо, Улаанбаатар хот, Монгол улс. Эсвэл Та өөрийн харилцагч даатгалын төлөөлөгчдөө өгнө үү

#### 1. Employer or Policy Holder (If Employer submit list of staff)

##### Ажил олгогч эсхүл Даатгуулагч

(хэрэв ажил олгогч бол ажилтан тус бүрээр хүсэлтийн хуудсыг бөглүүлнэ)

Full Name: /овог, нэр/

Postal address: /байгууллагын хаяг/

Telephone: /утас/

Email: /и-мэйл/

Address: /оршин суугаа газрын хаяг/

Nationality: /яс үндэс/

Occupation: /мэргэжил/

ID Number: /Регистрийн дугаар/

Male:/эр/  Female: /эм/

Nationality: /үндэстэн/

Male:/эр/  Female: /эм/

(iii) Full Name: /овог, нэр/

Address: /оршин суугаа газрын хаяг/

Nationality: /яс үндэс/

Occupation: /мэргэжил/

ID Number: /Регистрийн дугаар/

Male:/эр/  Female: /эм/

(iv) Full Name: /овог, нэр/

Address: /оршин суугаа газрын хаяг/

Nationality: /яс үндэс/

Occupation: /мэргэжил/

ID Number: /Регистрийн дугаар/

Male:/эр/  Female: /эм/

#### 4. Your Doctor

Таны эмч

Please give details of your regular physician or a physician with whom you have most recently consulted and preferably in the last two years:

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

Name: /нэр/

Address: /хаяг/

Telephone: /утас/

#### 5. Select the plan you require (Please Tick)

Сонгож буй даатгалын хамгаалалт /тэмдгэлнэ үү/

Platinum plan:  Golden Plan:  Silver Plan:

#### 6. Date you want cover to start (12 months policy)

даатгалын хамгаалалтын хугацаа

Period of cover: From    To

year month day year month day

хамгаалалтын хугацаа:    -с    хүртэл

жил сар өдөр жил сар өдөр

(i) Full Name: /овог, нэр/

ID Number: /Регистрийн дугаар/

Address: /оршин суугаа газрын хаяг/

Nationality: /яс үндэс/

Male:/эр/  Female: /эм/

(ii) Full Name: /овог, нэр/

ID Number: /Регистрийн дугаар/

Address: /оршин суугаа газрын хаяг/

Нэйшнл Лайф Даатгал ХХК

Шуудангийн хайрцаг: 35, Улаанбаатар-210648, Монгол улс

утас.: +976-70110784, Факс: +976-70110745



**National Life**

*Building peace of mind*

**7. Payment Details** /Хураамж төлөх тухай мэдээлэл/

I enclose a cheque /cash/ have made bank transfer for: US\$ or equivalent

/Төлбөрийн хэлбэр: чекээр, бэлэн мөнгөөр эсвэл банкны гуйвуулгаар, \$-р эсвэл харилцагч банкны төгрөгийн хагшаар/

Payment Frequency: /хураамж төлөх давтамж/  Annual/жил  Six-monthly/харас жил  Quarterly/улирал  Monthly/сараар

\*An administration fee of \_\_\_\_ % on the installment options will be charged.

Төлбөрийн хуваарийн нэмэгдэл \_\_\_\_ хувиар авахыг зөвшөөрч байна

**8. Declaration** /Мэдэгдэл/

I hereby apply for insurance cover on the basis of above information. I acknowledge the terms and conditions for health insurance of National Life. The insured person or their legal guardians permit the Insurer - National Life to request any information from their Doctor or Third Parties at any time which may be necessary to establish the state of health of the insured person. For this purpose, the doctor or third parties are released from their obligation to secrecy.

Миний бие дээр дурдсан мэдээлэл дээр үндэслэн даатгалд хамрагдах хүсэлтэй байна. Нэйшнл лайф даатгал ХХК-ийн эрүүл мэндийн даатгалын нөхцлийг хүлээн зөвшөөрч байна. Даатгагдагч 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.

Place: /хаана/

Date: /огноо/

Signature: /гарын үсэг/

(Applicant or legal guardian of persons who are to be covered in this insurance)  
(хүсэлт гаргагч эсхүл түүний хууль ёсны асран хамгаалагч гарын үсэг зурна)

# Confidential Medical History

## Эрүүл мэндийн хувийн мэдээлэл

**TO BE COMPLETED BY THE PROPOSER / INSURED PERSON**  
**Хүсэлт гаргагч/даатгагч бөглөнө**

Assessment of confidential medical history is valid 30 days in case that application process has been discontinued by the applicant. A new medical history form must be resubmitted once the 30 days have expired.  
 Хүсэлт гаргагчийн эрүүл мэндийн хувийн мэдээлэлд хийсэн үнэлгээ 30 хоногийн турш хүчинтэй байх бөгөөд хэтэрсэн тохиолдолд эрүүл мэндийн мэдээллийг шинээр авна.

First name: applicant/person eligible for in insurance: Хүсэлт гаргагч/Даатгалд хамрагдах хүний нэр:	Surname: Ово:
Please note: i. No liability will be accepted for any medical condition which is present or was foreseeable at the time of enrolment unless such medical condition has been accepted by National Life in writing. ii. Failure to notify National Life of a medical condition may result in claims for benefit being refused or cover withdrawn. Please disclose medical condition if in doubt. Declarations must be made in writing on this enrolment form. Verbal declarations will not be accepted.	Тэмдэглэл. Даатгал эхлэх үед мэдэгдэж байсан, эсхүл урьдчилан мэдэх боломжтой байсан эрүүл мэндийн өөрчлөлтийг даатгагч бичгээр мэдэгдэж, түүнийг нь Нэйшн лайф даатгал ХХК хүлээн зөвшөөрснөөс бусад тохиолдолд уг эрүүл мэндийн өөрчлөлттэй холбоотой хариуцлагыг хүлээхгүй. Эрүүл мэндийн байдлынхаа талаар үнэн зөв мэдээллийг бүрэн өгөөгүй тохиолдолд нөхөн төлбөр олгогдохгүй байж болох ба гэрээ цуцлагдахад хүрч болно. Эмчид мэдэгдээгүй эрүүл мэндтэй холбоотой бусад мэдээллийг өгнө үү. Аман мэдээллийг хүлээн авахгүй.

**DETAILS ABOUT INSURED PERSONS:**  
**Даатгагчдын талаарх мэдээлэл**

Please answer the following questions with yes or no (A dash is not sufficient) and give full details, if answer is yes.  
 Дараах асуултуудад тийм үгүй гэсэн хэлбэрээр хариулна уу. Хэрэв тийм гэж хариулсан тохиолдолд дэлгэрэнгүй мэдээллийг өгнө үү.

Date of Birth (DD/MM/YY): Төрсөн он сар өдөр (өдөр/сар/он):	Height: /cm/ Өндөр: /см/	Weight: /kg/ Жин: /кг/			
1	Are you in good health and free from any physical and mental disease or medical complaints? If not in good health, please give full details. Та өөрийгөө биеийн болоод сэтгэл зүйн хувьд эрүүл, ямар нэг зовиур шаналгаагүй гэж үзэж байна уу? Хэрэв үгүй бол дэлгэрэнгүй мэдээлэл өгнө үү?	Yes Тийм	<input type="checkbox"/>	No Үгүй	<input type="checkbox"/>
2	Have you, in the last 5 years, suffered from any of the following diseases/illness? If not in good health, please give full details. Сүүлийн 5 жилийн хугацаанд дор дурьдсан өвчнүүдээр өвдөж байсан уу? Хэрэв тийм бол дэлгэрэнгүй мэдээлэл өгнө үү?	Yes Тийм	<input type="checkbox"/>	No Үгүй	<input type="checkbox"/>
2a	Any nervous, mental or psychiatric disease such as dizziness, persistent headache, epilepsy, dizziness, paralysis, neuritis, depression or other disorders? Мэдэрлийн болон сэтгэцийн ямар нэгэн өвчин, толгой эргэх, толгой тогтмол өвдөх, эпилепси, саажилт, неврит, сэтгэл гутрал болон бусад өвчнүүд?	Yes Тийм	<input type="checkbox"/>	No Үгүй	<input type="checkbox"/>
2b	Slipped disc or other spinal disorder (fainting episode, blackout, fit) or paralysis of any kind. Нугаламын хоорондох диск гүлссэн болон бусад нуруу нугаламын өвчинүүд /ухаан алдсан, түр ухаан алдах, таталт гэх мэт/, мөн ямар нэгэн төрлийн саажилт	Yes Тийм	<input type="checkbox"/>	No Үгүй	<input type="checkbox"/>
2c	Any heart or vascular disease, such as chest distress, Chest pain, high blood pressure, circulatory problems, heart attack, heart defect, heart failure, palpitations, apoplexy, phlebitis, varicose veins or other disorders? Зүрх судасны өвчнүүд, тухайлбал: цээжээр өвдөх, өндөр даралт, цусны эргэлтийн хүндрэлүүд, зүрхний шигдээс, зүрхний гажиг, зүрхний дутагдал, зүрх дэлсэх, апоплекси, венийн үрэвсэл, венийн судас бүдүүрэл болон бусад өвчнүүд	Yes Тийм	<input type="checkbox"/>	No Үгүй	<input type="checkbox"/>
2d	Fistula, piles, hernia, varicose veins Фистул, шамбарам, ивэрхий, венийн судасны бүдүүрэл	Yes Тийм	<input type="checkbox"/>	No Үгүй	<input type="checkbox"/>
2e	Any disease of the bones or joints such as disorders of the back, neckband shoulders, disc herniation arthritis, rheumatism or other disorders? Яс болон үеийн өвчнүүд, тухайлбал: нурууны өвчин, ревматизм болон бусад өвчнүүд	Yes Тийм	<input type="checkbox"/>	No Үгүй	<input type="checkbox"/>
2f	Disease of the uterus, ovaries or breast or any special gynecological disorders Умай, өндгөвч, хөх болон бусад эмэгтэйчүүдийн өвчнүүд	Yes Тийм	<input type="checkbox"/>	No Үгүй	<input type="checkbox"/>
2g	Any infectious diseases, such as AIDS, HIV, sexually transmitted diseases, hepatitis, tropical diseases or other disorders? ХДХВ, ДОХ, бэлгийн замаар халдварлагч өвчин, гепатит, халуун орны өвчин гэх мэт халдварт өвчин	Yes Тийм	<input type="checkbox"/>	No Үгүй	<input type="checkbox"/>
2h	Any respiratory or allergic disease such as hemoptysis, persistent cough, asthma, recurrent or chronic bronchitis, pneumonia, pulmonary tuberculosis or other disorders? Амьсгалын замын болон харшлын гаралтай өвчинүүд, тухайлбал: цусаар ханиалгах, байнгын ханиалгах, астма /багтраа/, архаг бронхит, хатгаа, уушигны сүрьеэ болон бусад өвчин	Yes Тийм	<input type="checkbox"/>	No Үгүй	<input type="checkbox"/>
2i	Any disorders of the stomach, kidney or abdominal organs Ходоод, бөөр болон хэвлийн хөндийн эрхтний өвчнүүд	Yes Тийм	<input type="checkbox"/>	No Үгүй	<input type="checkbox"/>
2j	Any cancer, malignant growth, boil, cyst or wound Хорт хавдар, хорт ургацаг, хатиг, уйланхай болон нээлттэй шарх	Yes Тийм	<input type="checkbox"/>	No Үгүй	<input type="checkbox"/>
2k	Any other complaint requiring a physician's or specialist's consultation, investigations or treatments Эмч болон эмнэлгийн нарийн мэргэжилтний заавар зөвлөгөө авах болон эмчлүүлэх шаардлагатай болсон бусад зовирууд	Yes Тийм	<input type="checkbox"/>	No Үгүй	<input type="checkbox"/>
2l	Any other complaint that may require a consultation or treatment in the future Ирээдүйд эмчилгээ болон эмчийн заавар зөвлөгөө авах шаардлагатай болж болох өөр зовирууд	Yes Тийм	<input type="checkbox"/>	No Үгүй	<input type="checkbox"/>
2m	Any problems with the eyes such as decreased visual acuity or refraction power, cataract, retinal disease or other disorders? Нүдний ямар нэгэн өвчнүүд, тухайлбал: хараа муудах, катаракт, солонгон давхаргын болон бусад өвчин	Yes Тийм	<input type="checkbox"/>	No Үгүй	<input type="checkbox"/>
2n	Any visual aids, including eye glasses or contact lenses Контакт линз, нүдний шил гэх мэт харааны хэрэгсэл хэрэглэдэг эсэх	Yes Тийм	<input type="checkbox"/>	No Үгүй	<input type="checkbox"/>
2o	Any disease of ears or difficulty with hearing inflammation or other disorders? Чихний ямар нэгэн үрэвсэл, өвчин эсхүл сонсголын хүндрэл бий эсэх	Yes Тийм	<input type="checkbox"/>	No Үгүй	<input type="checkbox"/>
2p	Diabetes or sugar in your urine Чихрийн шижин эсхүл шээсэнд сахар илрэсэн эсэх	Yes Тийм	<input type="checkbox"/>	No Үгүй	<input type="checkbox"/>
2q	Taking any regular medication Тогтмол эм хэрэглэдэг эсэх	Yes Тийм	<input type="checkbox"/>	No Үгүй	<input type="checkbox"/>
3	Have you undergone any inpatient stay in a hospital or nursing home within the last years? Сүүлийн жилүүдэд эмнэлэгт хэвтэх, сувилалд асруулах шаардлага гарч байсан уу?	Yes Тийм	<input type="checkbox"/>	No Үгүй	<input type="checkbox"/>
4	Have you ever suffered from dental problems? If yes, please give details Шүдний ямар нэгэн өвчнөөр өвдөж байсан уу? Хэрэв тийм бол дэлгэрэнгүй мэдээлэл өгнө үү?	Yes Тийм	<input type="checkbox"/>	No Үгүй	<input type="checkbox"/>
5	Are you currently under any medical observation or receiving any medical treatment or intending to seek any medical advice? Одоогийн байдлаар та эмчийн хяналтанд байгаа эсэх, эмчилгээ хийлгэх эсхүл эмчээс зөвлөгөө авахаар төлөвлөж байна уу?	Yes Тийм	<input type="checkbox"/>	No Үгүй	<input type="checkbox"/>
6	Are you subject to regular medical reviews or check-ups or taking regular medication, or are you intending to do so? Та эмчийн үзлэгт тогтмол хамрагддаг уу, тогтмол эм хэрэглэдэг үү, эдгээрийг төлөвлөж байна уу?	Yes Тийм	<input type="checkbox"/>	No Үгүй	<input type="checkbox"/>
7	Do you smoke? Тамхи татдаг уу?	Yes Тийм	<input type="checkbox"/>	No Үгүй	<input type="checkbox"/>
8	Do you drink on a regular basis? Согтууруулах ундааг тогтмол хэрэглэдэг үү?	Yes Тийм	<input type="checkbox"/>	No Үгүй	<input type="checkbox"/>
9	Does anyone in your family suffer from any of the following diseases: Cancer, aids, diseases of the heart? Дараах өвчнүүдээр өвдөж байсан хүн танай гэр бүлд бий юу? Хорт хавдар, ДОХ, Зүрхний өвчлөл, чихрийн шижин, зүрх судасны өвчнүүд	Yes Тийм	<input type="checkbox"/>	No Үгүй	<input type="checkbox"/>

Нэйшн Лайф Даатгал ХХК

Шуудангийн хайрцаг: 35, Улаанбаатар-210648, Монгол улс

утас: +976-70110784, Факс: +976-70110745



Building peace of mind

Please give details on the questions which you answered with " Yes" (state the number(s) of the questions / use an additional sheet of paper if necessary):  
Тийм гэж хариулсан тохиолдолд дэлгэрэнгүй мэдээлнэ үү? /асуултын дугаарыг бичээд шаардлагатай бол хуудас нэмнэ үү/:

Table with 5 columns: Question no. / Асуултын №, Detailed description of illness, type of ailment / Өвчин болон зовиурын төрлийн талаар дэлгэрэнгүй мэдээлэл, Treatment(s) received Inpatient / outpatient? / Эмнэлэгт болон амбулаторийн нөхцөлд хийлгэсэн эмчилгээнүүд, Dates / Огноо, Do you still suffer as a result? If yes, please give details. / Эдгэрсэн үү үгүй бол дэлгэрэнгүй бичнэ үү

Has any application for Insurance on your life (life, accident, health) been declined, postponed or accepted on special terms? Yes/Тийм  No/Үгүй

Tаны амь насны даатгал /амьдралын, гэнэтийн осол, эрүүл мэндийн даатгал/ хүсэлт гаргахад татгалзсан, хойшлуулсан эсхүл тусгай нөхцлөөр даатгагдаж байсан эсэх

Is there a member in your family that is not proposed for insurance? (If Yes, please explain under section 'Comments') Yes/Тийм  No/Үгүй

Даатгалын хүсэлтийн хуудсанд хамрагдаагүй гэр бүлийн гишүүн байгаа эсэх? /тийм бол шалтгааныг тэмдэглэлд бичнэ үү/

Comments /тэмдэглэл/ Only to be filled out if you have answered "Yes" in the question of any family members, who is not proposed for Insurance. Хэрэв тийм гэсэн хариулт өгсөн тохиолдолд даатгуулахгүй байх шалтгааныг тайлбарлана үү?

Large empty box for comments.

Place: /хаана/: Date: /өдөр/сар/он/

Signature: /гарын үсэг/

(Applicant or legal guardian of persons who are to be covered in this insurance) (даатгагдагч болон түүний хууль ёсны гэр бүлийн гишүүд гарын үсэг зурна )