



**6. Хувийн эрүүл мэндийн талаарх мэдээлэл**

Биеийн өндөр: ..... см

Биеийн жин: .....кг

Цусны даралт: ..... дээд ..... доод

**Хэрэв "ТИЙМ" хариултыг сонгосон бол тайлбар бичнэ үү**

Та сүүлчийн 5 жилд ямар нэг өвчин, мэс засал, гэмтэл ослын улмаас эмнэлгийн байгууллага болон эмчид хандаж эсэх	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	.....
Та хөгжлийн бэрхшээлтэй юу?	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	.....
Та 21 хоногоос дээш хугацаагаар эм бэлдмэл хэрэглэж байсан эсэх	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	.....
Та согтууруулах ундаа, мансууруулах бодис хэрэглэдэг үү?	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	.....
Та тамхи татдаг уу?	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	.....

**7. Та сүүлийн 5 жилийн хугацаанд дор дурдсан шинжилгээнүүдийг өгч байсан эсэх**

**Хэрэв "ТИЙМ" хариултыг сонгосон бол тайлбар бичнэ үү**

Гепатит В, С,	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	.....
ХДОХВ/ДОХ	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	.....
Хавдар маркерын	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	.....

**8. Доор дурдсан өвчнүүдээр өвдөж байсан, эсхүл одоо өвдөж байгаа эсэх?**

**Хэрэв "ТИЙМ" хариултыг сонгосон бол тайлбар бичнэ үү**

Цусны эргэлтийн системийн өвчин (зүрх, ревматизм, цусны даралт ихсэх өвчин, артер венийн судасны өвчин г.м)	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	.....
Амьсгалын замын өвчин (сүрьеэ, багтраа, бөгшүүлэн ханиалгах, уушигны хатгаа г.м)	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	.....
Шээс бэлгийн замын өвчин (бөөрний үрэвсэл, шээс болон бэлэг эрхтний, бөөрний чулуу, арьс өнгөний өвчин г.м)	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	.....
Хоол боловсруулах эрхтний өвчин (хоол боловсруулах эрхтний эмгэг, ходоод болон дээд гэдэсний шарх, гепатит В,С болон элэгний бусад эмгэгүүд, цөс, нойр булчирхайн өвчнүүд г.м)	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	.....
Мэдрэлийн болон сэтгэцийн өвчин (эпилепси, толгой тогмол өвдөх, сэтгэл гутралд орох г.м)	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	.....
Чихрийн шижин, хорт хавдар, цус, арьс болон тунгалагийн булчирхай, дэлүүний өвчлөл	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	.....
Чих хамар хоолой, нүдний өвчнүүд	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	.....
Дотоод шүүрлийн булчирхайн өвчнүүд ( бамбай булчирхай, бөөрний дээд булчирхайн үйл ажиллагаа алдагдал г.м)	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	.....
Шалтгаангүйгээр шөнийн цагаар хөлрөх, жингээ алдах, халуурах, удаан хугацаагаар суулгах, булчирхай томрох шинж тэмдэг илэрч байсан уу?	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	.....
Эм, хүнс, бодисын харшил байгаа эсэх	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	.....
Удамшлын ба төрөлхийн өвчнүүд	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	.....

Та улс төрд нөлөө бүхий этгээд мөн үү?  Тийм  Үгүй

**МЭДҮҮЛЭГ**

Энэхүү хүсэлтийн хуудсанд өгсөн мэдээлэл, түүнтэй холбогдуулан бүрдүүлж өгсөн бичиг баримт нь үнэн зөв бөгөөд надад амьдралын даатгалын эрсдэлийг тодорхойлоход нөлөөлөхүйц ямар нэг нуун дарагдуулсан, худал мэдээлсэн зүйл байхгүй болохыг би баталж байна. Миний бие "Нэйшнл лайф даатгал" ХХК-ийн даатгалын гэрээний нөхцөлийг хүлээн зөвшөөрч байна "Нэйшнл лайф даатгал" ХХК нь миний эрүүл мэндийн байдлын талаарх нэмэлт мэдээллийг намайг үзэж байсан эмч болон даатгуулах хүсэлтээ гаргаж байсан аль нэг даатгалын компаниас олж болохыг зөвшөөрч байна Худал мэдүүлэг өгөх, хуурамч материал бүрдүүлсэн тохиолдолд даатгалын гэрээг хүчингүйд тооцож, даатгалын хураамжийг даатгагч "Нэйшнл лайф даатгал" ХХК-ийн мэдэлд шилжүүлэх бөгөөд буцаан нэхэмжлэхгүй гэдгээ хүлээн зөвшөөрч байна

Даатгалын гэрээ эзэмшигчийн гарын үсэг: ..... Огноо: .....  
(Овог нэр)

Даатгуулагчийн гарын үсэг: ..... Огноо: .....  
(Овог нэр)

Даатгалын төлөөлөгчийн гарын үсэг: ..... Огноо: .....  
(Овог нэр)