



**ТИЙМ хариултыг сонгосон бол тайлбар бичнэ үү**

Та сүүлийн 5 жилд ямар нэг өвчин, мэс засал, гэмтэл ослын улмаас эмнэлгийн байгууллага болон эмчид хандсан эсэх?	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	.....
Та хөдөлмөрийн чадвар алдалт тогтоолгосон эсвэл хөгжлийн бэрхшээлтэй юу?	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	.....
Та удаан хугацаагаар тогтмол эм бэлдмэл хэрэглэж байсан эсэх?	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	.....
Та согтууруулах ундаа тогтмол эсвэл 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? бичнэ үү**

**ТИЙМ хариултыг сонгосон бол тайлбар**

Элэгний В, С, Д вирусн маркер	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	.....
ХДХВ/ДОХ	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	.....
Хавдрын маркер	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	.....

**8. Доор дурдсан өвчнүүдээр өвдөж байсан эсвэл одоо өвдөж байгаа эсэх? бичнэ үү**

**ТИЙМ хариултыг сонгосон бол тайлбар**

Цусны эргэлтийн тогтолцооны өвчин (даралт ихсэлт, зүрхний ишеми, зүрхний шигдээс, хэм алдагдал, зүрхний хавхлагын эмгэг, зүрхний дутагдал, артер вены судасны өвчнүүд г.м)	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	.....
Амьсгалын тогтолцооны өвчин (сүрьеэ, багтраа, уушигны архаг бөглөрөлт өвчнүүд г.м)	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	.....
Шээс бэлгийн тогтолцооны өвчнүүд (бөөрний түүдгэнцрийн өвчнүүд, бөөр давсагны чулуу, бөөрний дутагдал, бэлгийн замын халдвар г.м.)	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	.....
Хоол боловсруулах тогтолцооны өвчнүүд (ходоод гэдэсний шарх, элэгний В, С, Д вирусн халдвар, элэгний хатуурал, цөс нойр булчирхайн өвчнүүд г.м)	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	.....
Мэдрэл болон сэтгэцийн өвчнүүд (эпилепси, сэтгэл гутрал, саажилт, цус харвалт, судасны цүлхэн г.м)	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	.....
Дотоод шүүрлийн булчирхайн өвчнүүд (чихрийн шижин, бамбай булчирхай, бөөрний дээд булчирхай, өнчин тархины өвчин г.м)	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	.....
Хорттой хавдар, цус, арьс, тунгалагийн булчирхай, дэлүүний өвчин	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	.....
Чих хамар хоолой, нүдний өвчнүүд	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	.....
Шалтгаангүйгээр шөнө хөлрөх, жин алдах, халуурах, удаан хугацаагаар суулгах, булчирхай томрох шинж тэмдэг илэрч байсан үү?	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	.....
Эм, хүнс болон аливаа бодисын харшилтай эсэх?	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	.....
Удамшлын болон төрөлхийн өвчнүүд	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	.....

Та үлс төрд нөлөө бүхий этгээд мөн үү?  Тийм  Үгүй

**МЭДЭГДЭЛ:**

Миний бие энэхүү хүсэлтийн хуудсан дурдсан мэдээлэлд үндэслэн даатгалд хамрагдах хүсэлтэй байх ба дараах нөхцөлүүдтэй танилцаж хүлээн зөвшөөрсөн болно.

- Агуулга:** Даатгалд хамрагдах зорилгоор даатгагчид өгч буй энэхүү хүсэлтийн хуудсан дурдсан мэдээлэлд мэдээлэл нь үнэн зөв болохыг баталж байна. Даатгуулах хүсэлт гаргасан этгээд болон түүний гэр бүлийн гишүүд бид эмчлэгч эмч болон гуравдагч этгээдээс эрүүл мэндийн байдлыг тогтооход шаардлагатай нэмэлт мэдээллийг 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.
- Үр дагавар:** 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 даатгагч хариуцахгүй. Эрүүл мэндийн байдлынхаа талаар үнэн зөв мэдээллийг бүрэн өгөөгүй, худал мэдээлсэн тохиолдолд Даатгалын тухай хуулийн 8.3-д заасны нөхөн төлбөр олгохгүй байх, даатгагчийн санаачлагаар гэрээ цуцлах үндэслэл болохыг хүлээн зөвшөөрсөн болно.
- Хугацаа:** Даатгагч нь даатгуулах хүсэлт гаргасан этгээдийг энэхүү хүсэлтийн хуудсад тусгагдсан мэдээллийг даатгалын гэрээ байгуулах эсэх шийдвэр гаргах хүртэлх хугацаанд боловсруулж ашиглана. Хэрэв даатгахаар шийдвэрлэсэн бол даатгалын гэрээний хөөн хэлэлцэх хугацаа дуусах хүртэлх хугацаанд энэхүү хүсэлтийн хуудсад тусгагдсан мэдээллийг боловсруулж, ашиглана.
- Даатгагчийн үүрэг:** Шаардлагатай бол даатгуулах хүсэлт гаргасан этгээдийг даатгах эсэхийг шийдвэрлэх зорилгоор давхар даатгалын компанид даатгуулах хүсэлт гаргасан этгээдийн эрүүл мэндийн мэдээллийг хүргүүлэх, эрүүл мэндийн байгууллагаас нэмэлт мэдээлэл хүсэхээс бусад тохиолдолд түүний нууц мэдээллийг бусад дамжуулахгүй, нийтэд ил болгохгүй болно.

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

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