

ХҮСЭЛТИЙН ХУУДАС

Энэхүү хүсэлтийн хуудсыг амь нас, эрүүл мэндээ даатгуулж буй иргэн бөглөнө.

Хүсэлтийн хуудас №

Менежерийн нэр: Код:
Төлөөлөгчийн нэр: Код:

ТАНЫ БӨГЛӨСӨН МЭДЭЭЛЭЛ ХУУЛИЙН ӨМНӨ ТАНЫГ ТӨЛӨӨЛНӨ

1. Даатгалын гэрээ эзэмшигчийн мэдээлэл /сонгоно уу/	
☐ Хувь хүн	☐ Хуулийн этгээд
Овог: Нэр: Регистрийн №:	Хуулийн этгээдийн нэр: Эрх бүхий албан тушаалтан: Регистрийн №:

2. Даатгуулагчийн мэдээлэл		
Овог:	Төрсөн огноо: .....он.....сар.....өдөр:	И-Мэйл:
Нэр:	Эрсдэлтэй спорт /хөдбй/:	Утас:
Регистрийн №:	Оршин суугаа газрын хаяг:	
Хүйс: ☐ Эрэгтэй ☐ Эмэгтэй		

2.1 Даатгуулагчийн ажил эрхлэлт, орлогын мэдээлэл	
Мэргэжил, ялбан үүсвэл, ажлын газар, хэдэн жил ажиллаж байгаа нь? Сарын орлого	Ажлын нөхцөл: ☐ Хэвийн ☐ Хүнд, хортой халуун ☐ Газар доор

3. Даатгалтай холбоотой мэдээлэл			
Сонгож буй амьдралын даатгалын бүтээгдэхүүн:		Үнэлгээ:	Нэмэлт нөхцөлөөс сонгоно уу.
☐ Хувь хүний хугацаат даатгал ☐ Байгууллагын хугацаат даатгал ☐ Хуримтлалын даатгал ☐ Боловсролын даатгал ☐ Тэтгэврийн даатгал		..... ..... ..... ..... .....	Гэнэтийн ослын шалтгаантай хөдөлмөрийн чадвар алдалт Эмнэлгийн мөнгө даатгал Интернэйшнл СОС Даатгалын хугацаа:
Даатгалын хураамж төлөх хэлбэр:		☐ Жил ☐ Хагас жил ☐ Улирал ☐ Сараар	Үнэлгээ: Нэгж, хоногт: ☐ Тийм ☐ Үгүй ☐ Тийм ☐ Үгүй

3.1 Бенефицирийн мэдээлэл	
Гэрээний хугацаанд гэрээнд заасан тохиолдлоор даатгуулагч нас барвал даатгалын нөхөн төлбөрийг авах эрх бүхий этгээдийг Бенефициер гэнэ. Та Бенефициерээ сонгосон тохиолдолд таны сонгосон Бенефициерт, эс сонгосон тохиолдолд таны хууль ёсны өв залгамжлагчид даатгалын нөхөн төлбөр очно гэдгийг анхаарна уу. Бенефициерээр хэд хэдэн этгээдийг томилж болох бөгөөд 1-ээс дээш этгээдийг томилсон тохиолдолд нөхөн төлбөр олгох хувийг заавал тавина уу? Та гэрээний хугацаанд бенефициерээ өөрчилж болно.	
Бенефициер / хувь хүн /	Бенефициер /Хуулийн этгээд/
Овог: Нэр: Регистрийн №: Таны юу болох: Имэйл: Утас: Бенефициерийн оршин суугаа хаяг:	Бенефициерийн нэр: Бенефициерийн хаяг: Улсын бүртгэлийн №: Имэйл: Утас:

4. Өмнө нь даатгалд хамрагдсан талаарх мэдээлэл	
Даатгалын компанийн нэр: Даатгуулсан он:	Даатгалын төрөл: Даатгалын гэрээний хугацаа:

5. Гэр бүлийн эрүүл мэндийн мэдээлэл				
Таны хэн болох		Өвдөж байсан өвчний талаарх мэдээлэл болон нас барсан бол шалтгааныг тайлбарлан бичих		
Таны аав:	Нас:	☐ Амьд байгаа	☐ Нас барсан	.....
Таны ээж:	Нас:	☐ Амьд байгаа	☐ Нас барсан	.....
Таны ах:	Нас:	☐ Амьд байгаа	☐ Нас барсан	.....
Ах 2:	Нас:	☐ Амьд байгаа	☐ Нас барсан	.....
Ах 3:	Нас:	☐ Амьд байгаа	☐ Нас барсан	.....
Ах 4:	Нас:	☐ Амьд байгаа	☐ Нас барсан	.....
Таны эгч:	Нас:	☐ Амьд байгаа	☐ Нас барсан	.....
Эгч 2:	Нас:	☐ Амьд байгаа	☐ Нас барсан	.....
Эгч 3:	Нас:	☐ Амьд байгаа	☐ Нас барсан	.....
Эгч 4:	Нас:	☐ Амьд байгаа	☐ Нас барсан	.....
Таны нөхөр/эхнэр:	Нас:	☐ Амьд байгаа	☐ Нас барсан	.....
Таны хүүхэд:	Нас:	☐ Амьд байгаа	☐ Нас барсан	.....
Хүүхэд 2:	Нас:	☐ Амьд байгаа	☐ Нас барсан	.....
Хүүхэд 3:	Нас:	☐ Амьд байгаа	☐ Нас барсан	.....
Хүүхэд 4:	Нас:	☐ Амьд байгаа	☐ Нас барсан	.....

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	☐ Тийм ☐ Үгүй	.....
Та хөгжлийн бэрхшээлтэй юу?	☐ Тийм ☐ Үгүй	.....
Та 21 хоногоос дээш хугацаагаар эм бэлдмэл хэрэглэж байсан эсэх	☐ Тийм ☐ Үгүй	.....
Та согтууруулах ундаа, мансууруулах бодис хэрэглэдэг үү?	☐ Тийм ☐ Үгүй	.....
Та тамхи татдаг уу?	☐ Тийм ☐ Үгүй	.....

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

Хэрэв "ТИЙМ" хариултыг сонгосон бол тайлбар бичнэ үү

Гепатит В, С,	☐ Тийм ☐ Үгүй	.....
ХДХВ/ДОХ	☐ Тийм ☐ Үгүй	.....
Хавдар маркерын	☐ Тийм ☐ 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)	☐ Тийм ☐ Үгүй	.....
Амьсгалын замын өвчин (сүрьеэ, багтраа, бөгшүүлэн ханиалгах, уушигны хатгаа г.м)	☐ Тийм ☐ Үгүй	.....
Шээс бэлгийн замын өвчин (бөөрний үрэвсэл, шээс болон бэлэг эрхтний, бөөрний чулуу, арьс өнгөний өвчин г.м)	☐ Тийм ☐ Үгүй	.....
Хоол боловсруулах эрхтний өвчин (хоол боловсруулах эрхтний эмгэг, ходоод болон дээд гэдэсний шарх, гепатит В,С болон элэгний бусад эмгэгүүд, цөс, ноир булчирхайн өвчнүүд г.м)	☐ Тийм ☐ Үгүй	.....
Мэдрэлийн болон сэтгэцийн өвчин (эпилепси, толгой тогмол өвдөх, сэтгэл гутралд орох г.м)	☐ Тийм ☐ Үгүй	.....
Чихрийн шижин, хорт хавдар, цус, арьс болон тунгалагийн булчирхай, дэлүүний өвчлөл	☐ Тийм ☐ Үгүй	.....
Чих хамар хоолой, нүдний өвчнүүд	☐ Тийм ☐ Үгүй	.....
Дотоод шүүрлийн булчирхайн өвчнүүд (бамбай булчирхай, бөөрний дээд булчирхайн үйл ажиллагаа алдагдал г.м)	☐ Тийм ☐ Үгүй	.....
Шалтгаангүйгээр шөнийн цагаар хөлрөх, жингээ алдах, халуурах, удаан хугацаагаар суулгах, булчирхай томрох шинж тэмдэг илэрч байсан уу?	☐ Тийм ☐ Үгүй	.....
Эм, хүнс, бодисын харшил байгаа эсэх	☐ Тийм ☐ Үгүй	.....
Удамшлын ба төрөлхийн өвчнүүд	☐ Тийм ☐ 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 авч 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)