



“Нэйшнл лайф даатгал” ХХК-ийн Гүйцэтгэх захирлын
2017 оны дугаар сарын-ны өдрийн
.... тоот тогтоолын-р хавсралт...

ХҮСЭЛТИЙН ХУУДАС

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

Хүснэгтийн хуудас №

Менежерийн нэр: Код:
Төлөөлөгчийн нэр: Код:

ТАНЫ БӨГЛӨСӨН МЭДЭЭЛЭЛ ХУУЛИЙН ӨМНӨ ТАНЫГ ТӨЛӨӨЛНЭ

1. Даатгалын гэрээ эзэмшигчийн мэдээлэл /сонгоно уу/

<input type="checkbox"/> Хувь хүн	<input type="checkbox"/> 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: Эрдэлтэй спорт /хобби/: Утас:
Регистрийн №: Оршин суугаа газрын хаяг:
Хүйс: Эрэгтэй Эмзгэгдэж

2.1 Даатгуулагчийн ажил эрхлэлт, орлогын мэдээлэл

Ажилладаг бол ямар ажил, хэдэн жил хийж байна вэ?	Ажлын нөхцөл:
Сарын орлого.....	<input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хүнд, хортой халуун <input type="checkbox"/> Газар доор

3. Даатгалтай холбоотой мэдээлэл

Сонгож буй амьдралын даатгалын бүтээгдхүүн:	Үнэлгээ:	Нэмэлт нөхцөлөөс сонгоно уу.		
<input type="checkbox"/> Хувь хүний хугацаат даатгал	.....	Гэнэтийн ослын шалтгаантай хөдөлмөрийн чадвар алдаат	Үнэлгээ:	.....
<input type="checkbox"/> Байгууллагын хугацаат даатгал	.....	Эмнэлгийн мөнгө даатгал	Нэгж, хоногт:	.....
<input type="checkbox"/> Хуримтлын даатгал	.....	Интернэйшнел СОС	<input type="checkbox"/> Тийм	<input type="checkbox"/> Үгүй
<input type="checkbox"/> Боловсролын даатгал	.....	Даатгалын хугацаа:	<input type="checkbox"/> Тийм	<input type="checkbox"/> Үгүй
<input type="checkbox"/> Тэтгэврийн даатгал	.....		

3.1 Бенефишерийн мэдээлэл

Гэрээний хугацаанд гэрээнд заасан тохиолдоор даатгуулагч нас барвал даатгалын нөхөн төлбөрийг авах эрх бүхий этгээдийг Бенефишер гэнэ. Та Бенефишерээ сонгосон тохиолдолд таны сонгосон Бенефишерт, эс сонгосон тохиолдолд таны хууль ёсны өв залгамжлагчид даатгалын нөхөн төлбөр очно гэдгийг анхаарна уу. Бенефишерээрээ хэдэн этгээдийг томилж болох бөгөөд 1-ээс дээш этгээдийг томилсон тохиолдолд нөхөн төлбөр олгох хувийг заавал тавина уу? Та гэрээний хугацаанд бенефишерээ өвчлийг болно.

Бенефишер / хувь хүн /	Бенефишер /Хуулийн этгээд/
Овог:	Бенефишерийн нэр:
Нэр:	Бенефишерийн хаяг:
Регистрийн №:	Улсын бүртгэлийн №:
Таны юу болох:	Имайл:
Имайл:	Утас:
Утас:	
Бенефишерийн оршин суугаа хаяг:	

4. Өмнө нь даатгалд хамрагдсан талаарх мэдээлэл

Даатгалын компанийн нэр: Даатгалын төрөл:
Даатгулсан он: Даатгалын гэрээний хугацаа:

5. Гэр булийн эрүүл мэндийн мэдээлэл

Таны хэн болох		Өвдэж байсан өвчний талаарх мэдээлэл болон нас барсан бол шалтгааныг тайлбарлан бичих	
Таны аваа:	Нас:	<input type="checkbox"/> Амьд байгаа	<input type="checkbox"/> Нас барсан
Таны ээж:	Нас:	<input type="checkbox"/> Амьд байгаа	<input type="checkbox"/> Нас барсан
Таны ах:	Нас:	<input type="checkbox"/> Амьд байгаа	<input type="checkbox"/> Нас барсан
Aх 2:	Нас:	<input type="checkbox"/> Амьд байгаа	<input type="checkbox"/> Нас барсан
Aх 3:	Нас:	<input type="checkbox"/> Амьд байгаа	<input type="checkbox"/> Нас барсан
Aх 4:	Нас:	<input type="checkbox"/> Амьд байгаа	<input type="checkbox"/> Нас барсан
Таны эрч:	Нас:	<input type="checkbox"/> Амьд байгаа	<input type="checkbox"/> Нас барсан
Эрч 2:	Нас:	<input type="checkbox"/> Амьд байгаа	<input type="checkbox"/> Нас барсан
Эрч 3:	Нас:	<input type="checkbox"/> Амьд байгаа	<input type="checkbox"/> Нас барсан
Эрч 4:	Нас:	<input type="checkbox"/> Амьд байгаа	<input type="checkbox"/> Нас барсан
Таны нэхэр/эхнэр:	Нас:	<input type="checkbox"/> Амьд байгаа	<input type="checkbox"/> Нас барсан
Таны хүүхэд:	Нас:	<input type="checkbox"/> Амьд байгаа	<input type="checkbox"/> Нас барсан
Хүүхэд 2:	Нас:	<input type="checkbox"/> Амьд байгаа	<input type="checkbox"/> Нас барсан
Хүүхэд 3:	Нас:	<input type="checkbox"/> Амьд байгаа	<input type="checkbox"/> Нас барсан
Хүүхэд 4:	Нас:	<input type="checkbox"/> Амьд байгаа	<input type="checkbox"/> Нас барсан

6. Хувийн эрүүл мэндийн талаарх мэдээлэл

Биеийн өндөр: см

Биеийн жин: кг

Цусны даралт: дэд доод

Хэрэв "ТИЙМ" хариултыг сонгосон бол тайлбар бичнэ үү

Та сүүлийн 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 үү?	<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 өвчинүүдээр өвдөж байсан, эсчүүл одоо өвдөж байгаа эсэх?**Хэрэв "ТИЙМ" хариултыг сонгосон бол тайлбар бичнэ үү**

Цусны эргэлтийн системийн өвчин (зурх, ревматизм, цусны даралт ихсэх өвчин, артер венийн судасны өвчин г.м)	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	.....
Амьсгалын замын өвчин (сүрьеэ, багтраа, бөгвшүүлэн 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 эзэгний бусад эмгэгүүд, цэс, ноир булчирхайн өвчинүүд г.м)	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	.....
Мэдрэлийн болон сэтгэцийн өвчин (эпилепси, толгой тогтол өвдөх, сэтгэг 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 өвчинүүд	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	.....
Дотоод шүүрлийн булчирхайн өвчинүүд (bamбай булчирхай, бөөрний дээд булчирхайн үйл ажиллагаа алдагдал г.м)	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	.....
Шалтгаангүйгээр шөнийн цагаар хөлрөх, хингээ алдах, халуурах, удаан хугацаагаар сүүлгах, булчирхай томроо шинж тэмдэг илрэх байсан үү?	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	.....
Эм, хүнс, бодисын харшил байгаа эсэх	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	.....
Удамшилын ба төрөлхийн өвчинүүд	<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 "Нэйшил лайф даатгал" ХХК-ийн даатгалын гэрээний нөхцөлийг хүлээн зөвшөөрч байна "Нэйшил лайф даатгал" ХХК нь миний эрүүл мэндийн байдлын талаарх нэмэлт мэдээллийг намайг үзэж байсан эмч болон даатгуулах хүсэлтэй 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 "Нэйшил 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)