

ХҮСЭЛТИЙН ХУУДАС

/хураангуй хүсэлтийн хуудас/

Энэхүү хүсэлтийн хуудсыг амь насны даатгуулж буй иргэн бөглөнө.

ТАНЫ БӨГЛӨСӨН МЭДЭЭЛЭЛ ХУУЛИЙН ӨМНӨ ТАНЫГ ТӨЛӨӨЛНӨ

1. Даатгуулагчийн мэдээлэл Овог Нэр: Регистрийн №		Утасны дугаар: Имэйл хаяг:
2. Даатгалтай холбоотой мэдээлэл Сонгож буй амьдралын даатгалын бүтээгдэхүүн : Үнэлгээ:		Нэмэлт даатгалтай бол дараахаас сонгоно уу <input type="checkbox"/> Гэнэтийн ослын нэмэлт даатгал Үнэлгээ: <input type="checkbox"/> Эмнэлгийн мөнгөний даатгал Нэгж, хоногт:
<input type="checkbox"/> Хувь хүний хугацаат даатгал <input type="checkbox"/> Байгууллагын хугацаат даатгал <input type="checkbox"/> Хураамжаа буцааж авах амь насны даатгал <input type="checkbox"/> Боловсролын хуримтлалын даатгал <input type="checkbox"/> Тэтгэврийн даатгал		Даатгалын хураамж төлөх хэлбэр: <input type="checkbox"/> жил <input type="checkbox"/> хагас жил <input type="checkbox"/> улирал <input type="checkbox"/> сараар
3. Бенефишерийн мэдээлэл Овог Нэр: Регистрийн № Таны юу болох:		Имэйл: Утас: Бенефишерийн оршин суугаа хаяг:

4. Даатгуулагч гэрээ байгуулахаас өмнө дор дурдсан өвчнөөр оношлогдож, эмчлэгдэж байсан эсвэл одоо байгаа эсэхээ тодорхойлно уу.		Тэмдэглэгээ /доогуур зураг/	
1	Цусны эргэлтийн тогтолцооны өвчнүүд (даралт ихсэх өвчин, зүрхний титэм судасны нарийсал /ишеми/, хэм алдагдал, зүрхний шигдээс, зүрхний дутагдал, зүрхний хавхлагын болон булчингийн эмгэгүүд, үнхэлцэг хальсны өвчнүүд, зүрхний төрөлхийн гажгууд, вены судасны бүлэнт үрэвсэл)	Тийм	Үгүй
2	Амьсгалын замын өвчнүүд (уушигны эмфизема, багтраа, буглаа, мэргэжлээс шалтгаалах өвчнүүд, уушигны завсрын эдийн эмгэг, амьсгалын дутагдал)	Тийм	Үгүй
3	Хоол боловсруулах тогтолцооны өвчнүүд (элэгний В, С, Д вирусын шалтгаантай элэгний үрэвсэл, элэгний хатуурал ба дутагдал, ходоод гэдэсний шарх, эрхтэн тайруулах эсвэл холбох мэс засал хийлгэж байсан)	Тийм	Үгүй
4	Сэтгэцийн өвчнүүд (Альцгеймерийн өвчин, уналт таталт, гаучерын өвчин, оюуны хомсдол, шизофрени, донтолт, тархины гэмтлийн хүндрэлүүд).	Тийм	Үгүй
5	Хүнд хэлбэрийн халдварт өвчнүүд (менингит, ХДХВ/ДОХ, сүрьеэ г.м).	Тийм	Үгүй
6	Дотоод шүүрлийн өвчнүүд (чихрийн шижин, бамбай булчирхай, өнчин тархи болон бөөрний дээд булчирхайн өвчнүүд).	Тийм	Үгүй
7	Архинд донтох, мансууруулах бодис болон сэтгэц нөлөөт эмийн хамаарал.	Тийм	Үгүй
8	Мэдрэлийн болон мэдрэл-булчингийн өвчнүүд (тархины цус харвалт, уналт таталт, тархины хавдар, тархины судасны цүлхэн, саа саажилт ба бусад).	Тийм	Үгүй
9	Хортой болон хоргүй хавдрууд.	Тийм	Үгүй
10	Дархлааны тогтолцооны өвчнүүд (тогтолцооны улаан чонон яр, склеродерми г.м)	Тийм	Үгүй
11	Бөөр, шээсний замын өвчнүүд (бөөрний түүдгэнцрийн үрэвсэл, бөөрний дутагдал, сүүлийн 1 жилийн хугацаанд бөөрний дутагдал эсвэл бөөр авахуулах мэс засал хийлгэсэн /гэмтлийн шалтгаанаар бөөр авахуулсан тохиолдолд хамаарахгүй/).	Тийм	Үгүй
12	Цусны өвчнүүд (аплази цус багадалт, полицитеми, тромбоцитеми, цусны хавдарууд лейкеми, лимфома г.м.)	Тийм	Үгүй
13	Тулгуур эрхтэн тогтолцооны өвчнүүд (барьцалдаат спондилит, ясны чөмөгний хүнд үрэвсэл, хэрлэг төст үений үрэвсэл г.м)	Тийм	Үгүй
14	Удамшлын, төрөлхийн, хромосомын өвчнүүд.	Тийм	Үгүй
15	Хөдөлмөрийн чадвар алдалт тогтоолгосон эсэх (групп тогтоолгосон эсэх)	Тийм	Үгүй
16	Эрхтэн шилжүүлэн суулгуулсан эсвэл эд эрхтний донор болсон эсэх	Тийм	Үгүй
17	Өндөр эрсдэлтэй жирэмслэлт (бөөрний өвчнүүд, жирэмсний хожуу үеийн хордлогын хүнд хэлбэр, цус бүлэгнэлтийн эмгэгүүд, ихэсийн эмгэгүүд, умайн хүзүүний дутагдал, олон ураг, 16-с доош эсвэл 40-с дээш настай жирэмсэн, ургын эмгэгүүд, резус факторын эмгэг, хурц халдварт өвчин)		

МЭДЭГДЭЛ:
 Миний бие энэхүү хүсэлтийн хуудсан дурдсан мэдээлэл үндэслэн даатгалд хамрагдах хүсэлтэй байх ба дараах нөхцөлүүдтэй танилцаж хүлээн зөвшөөрсөн болно.
1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. 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.

Гарын үсэг: /...../

Огноо

(Хүсэлт гаргагч эсвэл түүний хууль ёсны асран хамгаалагч зурна)