

**ГЭНЭТИЙН ОСЛЫН ШАЛТГААНТ ХӨДӨЛМӨРИЙН ЧАДВАР АЛДАЛТЫН НӨХӨН ТӨЛБӨРИЙН НЭХЭМЖЛЭЛИЙН МАЯГТ
CLAIM FORM**

Даатгалын хэлбэр	Даатгалын бүтээгдэхүүний нэр	Даатгалын гэрээний мэдээлэл	
<input type="checkbox"/> Амь насны даатгал / Life insurance	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Хувь хүний даатгал/ Individual insurance	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Эрүүл мэндийн даатгал / Health insurance	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Групп даатгал/Group insurance Байгууллагын нэр:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Хуримтлалын даатгал / Savings	<input type="text"/>	Гэрээний дугаар/Policy number:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Тэтгэврийн даатгал / Pension	<input type="text"/>	Даатгалын үнэлгээ/Sum insured:	<input type="text"/>

Даатгуулагчийн мэдээлэл / Insured's information

Овог: Surname	<input type="text"/>	Нэр: Given name	<input type="text"/>	Регистрийн дугаар: Registration number	<input type="text"/>
Утасны дугаар: Phone number	<input type="text"/>	Нөхөн төлбөр хүлээн авах банк: Bank information	<input type="text"/>	Дансны дугаар: Account number	<input type="text"/>

Эмнэлгийн мэдээлэл / Hospital's information

Эмнэлгийн нэр: Name of the hospital	<input type="text"/>	Эмчийн овог, нэр: Doctor's name	<input type="text"/>	Эмчийн утасны дугаар: Doctor's phone number	<input type="text"/>
--	----------------------	------------------------------------	----------------------	--	----------------------

Нөхөн төлбөрийн хавсаргах баримт / Claim material:

- Эмнэлгийн хуудас эсвэл магадалгаа/ Medical not
- ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН МАГАДЛАЛЫН ЗӨВЛӨЛИЙН ШИЙДВЭР
- Гэмтлийн эмчийн үзлэгийн баримт Accident report from police organization, trauma hospital, and forensic medicine if injured by accident/car accident, beaten etc
- ЭПИКРИЗ /Эмнэлэгт хэвтэж эмчлүүлсэн тохиолдолд эмнэлгээс гарах үеийн эмчийн дүгнэлт/ Epicrisis/In case of hospitalization, the doctor's report at the time of discharge/
- Амбулаторийн карт, шинжилгээний хариунууд;
- Төрийн болон хувийн бусад холбогдох байгууллагуудын тодорхойлолт (Жишээлбэл: цагдаагийн байгууллага, гал унтраах алба, ОБЕГ)

Анхааруулах мэдээлэл

- Нөхөн төлбөр авах эрх бүхий этгээд нь 18 насанд хүрээгүй хүүхэд эсхүл эрх зүйн чадамжгүй этгээд бол түүнийг хууль ёсны асран хамгаалагч/ харгалзан дэмжигч нь Иргэний хууль, Гэр бүлийн тухай хуульд заасны дагуу төлөөлөх эрхтэй болохоо нотлох баримт бичгийг нөхөн төлбөрийн баримтад хавсаргана.
- Миний эмчлүүлсэн эмнэлэг, эмч зэрэг хувь хүн, байгууллагаас хувийн мэдээллийг цуглуулж боловсруулах, ашиглах зөвшөөрлийг даатгалын гэрээний хөөн хэлэлцэх хугацаа дуусах хүртэлх хугацаанд Нэйшнл лайф даатгал ХХК-д үүгээр олгож байна. Энэхүү зорилгоор эмчлэгч эмч болон гуравдагч этгээдийг даатгуулагчийн хувийн эрүүл мэндийн талаарх нууц хадгалах үүргээс чөлөөлж байна.
- Даатгуулагч, даатгалын тохиолдлын талаар үнэн зөв мэдээллийг бүрэн өгөөгүй, худал мэдээлсэн тохиолдолд Даатгалын тухай хуулийн 8.3-д заасны нөхөн төлбөр олгохгүй байх, хууль тогтоомжид заасны дагуу хариуцлага хүлээх үндэслэл болно.
- Даатгагч нь хууль тогтоомж, гэрээнд зааснаас бусад тохиолдолд даатгуулагчийн нууцад хамаарах мэдээллийг бусадд дамжуулахгүй, нийтэд ил болгохгүй болно. Энэхүү мэдэгдлийн хуулбар нь эх хувийнхаа адил хүчин төгөлдөр болохыг хүлээн зөвшөөрч байна.
- Нөхөн төлбөр авах эрх бүхий этгээд Даатгуулагч уг өргөдөлд бичсэн хугацаанаас хойш дансны дугаар өөрчлөгдсөн тохиолдолд өөрийн биеэр ирж мэдээллээ шинэчлэх үүрэгтэй бөгөөд дансны дугаараа буруу бичсэнээс үүдэн шилжүүлэг хийгдсэн тохиолдолд Нэйшнл Лайф Даатгал ХХК нь уг хариуцлагыг хүлээхгүй болно.

Нэхэмжлэл гаргасан огноо/Date : ____/____/____

Гарын үсэг/Signature: _____