

ЭЭЖИЙН ДААТГАЛЫН ХҮСЭЛТИЙН ХУУДАС
Энэхүү хүсэлтийн хуудсыг амь насны даатгалд даатгуулж буй иргэн бөглөнө.

ТАНЫ БӨГЛӨСӨН МЭДЭЭЛЭЛ ХУУЛИЙН ӨМНӨ ТАНЫГ ТӨЛӨӨЛНӨ

1. Даатгуулагчийн мэдээлэл Овог Нэр: Регистрийн дугаар Утасны дугаар:..... Имэйл хаяг:.....	2. Бенефишерийн мэдээлэл Овог Нэр: Регистрийн дугаар Утасны дугаар :..... Имэйл хаяг: Тантай ямар хамааралтай болох: Бенефишерийн оршин суугаа хаяг:
3. Даатгалтай холбоотой мэдээлэл Даатгалын хамгаалалтын багцын үнэлгээ:	<input type="checkbox"/> Багц1: 25 сая төгрөг <input type="checkbox"/> Багц2: 50 сая төгрөг

4. Даатгуулагч гэрээ байгуулахаас өмнө дор дурдсан өвчнөөр оношлогдож, эмчлэгдэж байсан эсвэл одоо байгаа эсэхээ тодорхойлно уу.		Тэмдэглэгээ /доогуур зурах/	
1	Цусны даралт ихэсч багасдаг эсэх	Тийм	Үгүй
2	Эрсдэлтэй спортын хобби байгаа эсэх	Тийм	Үгүй
3	Удамшлын, төрөлхийн өвчнүүд байгаа эсэх	Тийм	Үгүй
4	Архаг хууч өвчин байгаа эсэх	Тийм	Үгүй
5	Тогтмол эм бэлдмэл хэрэглэдэг эсэх	Тийм	Үгүй
6	Согтууруулах ундаа, мансууруулах бодис хэрэглэдэг эсэх	Тийм	Үгүй
8	Элэгний В, С вирустай эсэх	Тийм	Үгүй
9	Хорт хавдар өвчнөөр оношлогдож байсан эсэх	Тийм	Үгүй

МЭДЭГДЭЛ:
Миний бие энэхүү хүсэлтийн хуудсан дурдсан мэдээлэлд 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)