

Даатгуулагчийн мэдээлэл / Insured's information		Даатгалын гэрээний мэдээлэл / Policy information	
Даатгуулагчийн овог: Surname	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Хувь хүний даатгал/ Individual insurance	<input type="text"/>
Даатгуулагчийн нэр: Given name	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Групп даатгал/Group insurance Байгууллагын нэр/Company name:	<input type="text"/>
Регистрийн дугаар: Registration number	<input type="text"/>	Гэрээний дугаар/Policy number:	<input type="text"/>
Утасны дугаар: Phone number	<input type="text"/>	Даатгалын үнэлгээ/Sum insured:	<input type="text"/>

Нөхөн төлбөр хүлээн авах дансны мэдээлэл /Өөрийн нэр дээрх дансны дугаарыг оруулна уу/

Нөхөн төлбөр хүлээн авах банк: Bank information	<input type="text"/>	Дансны дугаар: Account number	<input type="text"/>
--	----------------------	----------------------------------	----------------------

Эмчлэгч эмч бөглөх хэсэг / to be completed by treating physician

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"/>
Уг өвчнөөр анх оношлогдсон огноо: Date of first diagnosis of the disease	<input type="text"/>				
Дэлгэрэнгүй онош: Detailed diagnosis	<input type="text"/>				
Үндсэн онош /ICD 10 код/: Main diagnosis /ICD 10 code/	<input type="text"/>				

Миний бие уг өвчтөний эмчлэгч эмч мөн бөгөөд өвчний талаар миний өгсөн мэдээлэл үнэн зөв болохыг баталж байна.

Гарын үсэг: _____ Огноо: _____ Эмчийн тамга: _____

Нөхөн төлбөрийн хавсаргах материал / Claim material:

- Хавдар судлалын үндэсний төвийн онош баталгаажуулсан дүгнэлтийн хуудас, албан тоот;
- Эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлсэн, амбулаториор үйлчлүүлсэн, эмнэлгийн тусламж үйлчилгээ авсныг нотлох эмнэлгийн бичиг баримтууд /Өвчний түүх, амбулаториор эмчлүүлэгчдийн карт, эмч нарын зөвлөгөөний шийдвэр, эмнэлгийн хуудас, магадалгаа зэрэг холбогдох баримтууд/;
- Шинжилгээний хариу, рентген, томограф, MRI-ийн зураг /Шаардлагатай тохиолдолд эх хувиар/;
Жич: Даатгагч нь шаардлагатай гэж үзвэл хөндлөнгийн шинжээчээр хорт хавдар өвчний онош баталгаажуулсан дүгнэлт гаргуулна.

Анхааруулах мэдээлэл / Warning information:

- 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 бусдад 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: _____