

Claim form
ГЭНЭТИЙН ОСЛЫН УЛМААС "ХӨДӨЛМӨРИЙН ЧАДВАР АЛДАЛТ" даатгалын нэмэлт нөхцлийн нөхөн төлбөрийн нэхэмжлэл
1. Бөглөх хэсэг /Details of policy holder/patient/

1.1 Даатгуулагчийн овог нэр /Insured's name/

1.2 Даатгуулагчийн регистрийн дугаар /ID number/

1.3 Даатгуулагчийн утасны дугаар /phone number/

1.4 Даатгуулагчийн банкны нэр, дансны дугаар /өөрийн нэр дээр байх/policy holder's name of bank and account number/

1.5 Эмнэлгийн нэр /Name of the hospital/

1.6 Эмчийн овог нэр /Medical practitioner's name/

1.7 Эмчлэгч эмчийн утасны дугаар /Medical practitioner's telephone number/

2. Хавсаргах баримтууд /Attachments/

 Даатгуулагчийн зөвлөх хэсэг
/Patient's check list/

2.1 ЛИСТ/эмнэлгийн хуудас/ эсвэл магадлагаа /Medical note/	<input type="checkbox"/>
2.2 АМБУЛАТОРИЙН КАРТ /Эмнэлэгт хэвтэж эмчлүүлээгүй тохиолдолд эмчийн үзлэгийн тэмдэглэл/ /outpatient card/	<input type="checkbox"/>
2.3 ЭПИКРИЗ /Эмнэлэгт хэвтэж эмчлүүлсэн тохиолдолд эмнэлгээс гарах үеийн эмчийн дүгнэлт/ Epicrisis/In case of hospitalization, the doctor's report at the time of discharge/	<input type="checkbox"/>
2.4 Шинжилгээний хариу /Medical test result/	<input type="checkbox"/>
2.5 Гэмтлийн эмчийн үзлэгийн баримт Accident report from police organization, trauma hospital, and forensic medicine if injured by accident/car accident, beaten etc	<input type="checkbox"/>
2.6 Иргэний үнэмлэх /анх удаа нөхөн төлбөр авч байгаа тохиолдолд/ Patient's ID card /In the case of compensation for the first time/	<input type="checkbox"/>
2.7 Эмнэлэг хөдөлмөрийн магадлах комиссын шийдвэр /хөдөлмөрийн чадвар бүрэн алдсан тохиолдолд/ The decision of the Medical Labor Verification Commission / complete disability /	<input type="checkbox"/>

Миний эмчлүүлсэн эмнэлэг, намайг эмчилсэн эмчээс хувийн эрүүл мэндийн байдалтай холбоотой мэдээллийг авч болохыг "Нэйшнл лайф" даатгалын ХХК-ийн эрх бүхий төлөөлөгчид үүгээр зөвшөөрч байна. Энэхүү мэдэгдлийн хуулбар нь эх хувийнхаа адил хүчин төгөлдөр болохыг хүлээн зөвшөөрч байна.

The insured person or their legal guardians permit the insurer - National Life to request any information from their Doctor or Third Parties at any time which may be necessary to establish the state of health of the insured person.

Гарын үсэг /Signature/.....