

## Claim form

### “Эрүүл Мэнд”-ийн даатгалын нөхөн төлбөрийн нэхэмжлэл

#### 1. Даатгуулагч бөглөнө /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 /telephone number/

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

Кредит карт ашигласан эсэх/ Credit card used Тийм/Yes  Үгүй/No  Картын дугаар/ Card number/




Банкны нэр/Bank name

Данс эзэмшигчийн овог нэр/Account holder's full name

Дансны дугаар/ Account number

#### 2. Эмчлэгч эмч бөглөх хэсэг/to be fully completed by Patient's medical practitioner/

2.1 Эмнэлгийн нэр /Name of the hospital/

2.2 Эмчийн овог нэр /Medical practitioner's name/

Утас /telephone number/

2.3 Үндсэн онош /ICD 10код/ Basic Diagnosis



2.4 Миний бие уг өвчтөний эмчлэгч эмч мөн бөгөөд тухай өвчний талаар миний өгсөн мэдээлэл үнэн зөв болохыг баталж байна.  
I declare that I am the patient's practitioner, and that the particulars given are to be the best of my knowledge true and correct

Гарын үсэг  
Signature

Огноо  
Date

Эмчийн тамга  
Medical practitioner's Stamp

#### 3. Хавсралт баримтууд /Attachments/

Доорх материалууд эмчилгэн, үйлчилгээгээр авсан бол бүрэн байдлыг шалгана уу.  
If the following materials are used for treatment, please check the completeness.  
Хэрэв материалыг дутуу бүрдүүлсэн тохиолдолд нөхөн төлбөр олгох хугацаа удаашрахыг анхаарна уу.  
Please note that if the material is incomplete, the compensation will be delayed

Даатгуулагчийн зөвлөх хэсэг  
/Patient's check list/

3.1 И-баримт /QR кодтой, Тод гаргацтай, Засвар ороогүй/ Ebarimt./ QR code, Clear and Unedited /

3.2 Эмнэлгийн тусламж үйлчилгээний задаргаа баримт  
/Үнийн нийлбэр дүн нь и-баримтын дүнтэй таарсан байх, тамга тэмдэгтэй байх/  
/detailed medical service bill/

3.3 ЭПИКРИЗ /Эмнэлэгт хэвтэж эмчлүүлсэн тохиолдолд эмнэлгээс гарах үеийн эмчийн дүгнэлт/  
Epicrisis /In case of hospitalization, the doctor's report at the time of discharge/

3.4 Эмийн жор /Drug prescription written by doctor/

3.5 Шинжилгээний хариу /Medical test results/

3.6 Шинжилгээний дүгнэлт / MRI, CT, Эхо, Рентген зүрхний бичлэг /MRI&CT, X-ray, Cardio graphic results /

3.7 Иргэний үнэмлэх /анх удаа нөхөн төлбөр авч байгаа тохиолдолд /  
Patient's ID card / In the case of compensation for the first time/

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

The insured person or their legal guardians permit the insured - 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/ .....