

ДААТГУУЛАГЧИЙН МЭДЭЭЛЭЛ:

Өргөдөл гаргагчийн овог, нэр: _____ Эрхэлж буй ажил: _____

Өргөдөл гаргагч нь Даатгуулагчаас өөр этгээд бол даатгуулагчтай ямар хамааралтай болох:

Утасны дугаар 1:

Хаяг: _____ хот/аймаг _____ дүүрэг/сум

Утасны дугаар 2:

_____ хороолол/гудамж/хотхон _____ хороо/баг

/яаралтай үед холбоо барих/

_____ байр/тоот

Таны энэ удаагийн нэхэмжлэл нь:

Ердийн өвчин:

Үйлдвэрлэлийн осол:

Бусад:

Ахуйн осол:

Мэргэжлээс шалтгаалах өвчин:

Хөдөлмөрийн чадвар алдсан хугацаа:

_____/_____/____ -ээс ____/____/____

ӨВЧЛӨЛ/ГЭМТЭЛИЙН ТУХАЙ: /хэрхэн гэмтэж, бэртсэн тухай ЭСВЭЛ хэзээ ямар зовиур илэрсэн, хаана хандаж эмчилгээ хийлгэсэн тухай дэлгэрэнгүй бичнэ үү./

ГЭРЧИЙН ТУХАЙ /Осол гэмтэлийн үед тохиолдлыг харсан, үзсэн, нотлох хүн бий бол мэдээллийг өгнө үү/

Гэрчийн овог, нэр: _____

Хаяг: _____

Регистрийн дугаар: _____

Утасны дугаар:

ЭМЧИЙН ТАЙЛАН

Эмнэлгийн нэр: _____

Эмнэлгийн хаяг: _____

Эмчийн нэр: _____

Утасны дугаар:

ЭМЧИЙН ТАЙЛАН

Илэрсэн шинж тэмдэг, өвчтөний биеийн байдал:

Хийгдсэн эмчилгээ:

Онош:

Оношийн шифр:

Хөдөлмөрийн чадвар алдалтын хувь:

ТАМГА /Эмнэлгийн/

Эмчийн тамга, гарын үсэг: _____

Огноо /Он-Сар-Өдөр/: ____/____/____

**ГЭНЭТИЙН ОСЛЫН БОЛОН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ДААТГАЛЫН
НӨХӨН ТӨЛБӨРИЙН ӨРГӨДЛИЙН МАЯГТ
Даатгуулагч та дараах мэдээллийг үнэн зөв гаргацтай бөглөж өгнө үү**

ТА ӨВЧЛӨЛ/ГЭМТЭЛТЭЙ ХОЛБОГДОН ГАРСАН ЗАРДЛАА БИЧНЭ ҮҮ:

№	Зардлын нэр: /эмчилгээ, шинжилгээг жагсаан бичнэ/	Мөнгөн дүн:
1	Амбулаторийн үзлэг, шинжилгээ	
2		
3		
4	Хэвтэн эмчлүүлсэн зардал	
5		
6	Бусад	
7		
Нийт нэхэмжлэлийн хэмжээ:		төгрөг

БАНКНЫ МЭДЭЭЛЭЛ

Дараах данс нь: Өргөдөл гаргачийн данс: Байгууллагын данс: Бусад:

Данс эзэмшигчийн нэр: _____ Хүлээн авагч нь өөр хүний данс бол хэний данс болох даатгуулагчтай ямар холбоотой болохыг бичнэ үү:

Банкны нэр: _____

Дансны дугаар: _____

ТА ХҮЛЭЭЛГЭН ӨГСӨН МАТЕРИАЛЫНХАА АРД ТЭМДЭГЛЭГЭЭГ ХИЙНЭ ҮҮ.

№	Хүлээлгэн өгсөн материалын жагсаалт	Даатгуулагч
1	Компанийн албан бичиг /гэрээ компанийн нэр дээр бол/	<input type="checkbox"/>
2	Даатгалын Гэрээт баталгаа /гэрээ хувь хүнээр бол/	<input type="checkbox"/>
3	Иргэний үнэмлэхний хуулбар, ажлын газрын үнэмлэхний хуулбар	<input type="checkbox"/>
4	Эмнэлгийн магадлагаа /эх хувь/	<input type="checkbox"/>
5	Эмнэлгийн хуудасны хуулбар /лист/	<input type="checkbox"/>
6	Хөдөлмөрийн чадвар алдсан тухай шийдвэр, дүгнэлт	<input type="checkbox"/>
7	Эмчилгээний карт /хуулбар/	<input type="checkbox"/>
8	Эмчилгээ, шинжилгээний зардлын баримт /эх хувь/	<input type="checkbox"/>
9	Эм, тарианы зардлын баримт /эх хувь/	<input type="checkbox"/>

МЭДҮҮЛЭГ:

Би үнэн зөв, бүрэн гүйцэд мэдүүлснээ баталж байна. Би өөрийн нөхөн төлбөрийн хүсэлтийг шийдвэрлүүлэх зорилгоор миний хохиролтой холбоотой бүхий л мэдээллээр "ТЭНГЭР ДААТГАЛ" ХХК-ийг хангаж байх эрхийг холбогдох байгууллагын удирдлага, ажилтнууд болон гэрчид олгож байна.

МЭДЭГДЭЛ:

Таны нөхөн төлбөрийн хүсэлтийг Даатгалын гэрээний дагуу ажлын 14 хоног хүртэлх хугацаанд шийдвэрлэнэ. Та өөрт хадгалагдах гэрээний нөхцөлийг сайтар уншиж судлана уу. Лавлах утас: 11-313111, 1800-1889

ӨРГӨДӨЛ ГАРГАСАН:

Даатгуулагч/төлөөлөгч: _____ Он, Сар, Өдөр: ____/____/____
/Доогуур зурах/ /гарын үсэг/

КОМПАНИЙН ХЭРЭГЦЭЭНД:

Дуудлага өгсөн он, сар, өдөр: ____/____/____ цаг: ____ : ____

Дуудлага шилжүүлсэн хэлбэр: Дуудлагын ажилтан: Салбарын ажилтан: Шууд материал бүрдүүлэн ирсэн:

АвтоСОС: Утсаар зөвлөгөө өгсөн:

Материал хүлээн авсан ХҮМ: _____ Он, Сар, Өдөр ____/____/____ цаг: ____ : ____