

## Claim form

### "Эмнэлгийн мөнгө" 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/

Банкний нэр/Bank name

Данс эзэмшигчийн нэр/Account holder's name

Дансны дугаар/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 Эмнэлгийн хуудас /лист/, магадлагаа /Medical note/	<input type="checkbox"/>
2.2 Эпикриз /эмнэлгээс гарах үеийн эмчийн дүгнэлт/ Epicrisis, and outpatient card	<input type="checkbox"/>
2.3 Шинжилгээний хариу /Medical test result/	<input type="checkbox"/>
2.4 Гэнэтийн ослын улмаас эмнэлэгт хэвтсэн бол гэмтлийн эмчийн үзлэгийн баримт <i>Accident report from police organization, trauma hospital, and forensic medicine if injured by accident /car accident, beaten etc</i>	<input type="checkbox"/>
2.5 Иргэний үнэмлэх /анх удаа нөхөн төлбөр авч байгаа тохиолдолд/ <i>Patient's ID card /In the case of compensation for the first time/</i>	<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/.....