

"ХОРТ ХАВДРЫН" даатгалын нөхөн төлбөрийн нэхэмжлэл

1. Нөхөн төлбөр авах эрх бүхий этгээд бөглөх хэсэг

1.1	Даатгуулагчийн овог нэр:
1.2	Даатгуулагчийн регистрийн дугаар:
1.3	Даатгуулагчийн утасны дугаар:
1.4	Нөхөн төлбөр авах эрх бүхий этгээдийн банкны нэр, дансны дугаар /өөрийн нэр дээр байх/

2. Эмчлэгч эмч бөглөх хэсэг

2.1	Эмнэлгийн нэр.....Утасны дугаар.....
2.2	Эмчийн овог нэр.....Утасны дугаар.....
2.3	Уг өвчнөөр анх оношлогдсон огноо.....
2.4	Уг өвчнөөр анх шинж тэмдэг илэрсэн огноо.....
2.5	Уг өвчний улмаас хийгдсэн эмчилгээ, мэс ажилбар, химийн эмчилгээ:.....
2.6	Дэлгэрэнгүй онош
2.7	Онош /олон улсын ангиллын дагуу ICD 10/
2.8	Миний бие уг өвчтөний эмчлэгч эмч мөн бөгөөд тухай өвчний талаар миний өгсөн мэдээлэл үнэн зөв болохыг баталж байна. Гарын үсэг.....Эмчийн тамга.....Огноо.....

3. Хавсаргах баримтууд

		Даатгуулагчийн зөвлөх хэсэг
3.1	ХСҮТ-ийн албан тоот /анх оношлогдсон огноо, баталгаажсан оношийн мэдээлэл агуулсан /	<input type="checkbox"/>
3.2	Амбулаторийн карт	<input type="checkbox"/>
3.3	Эпикриз	<input type="checkbox"/>
3.4	Шинжилгээний хариу	<input type="checkbox"/>
3.5	Эмнэлгийн хуудас	<input type="checkbox"/>
3.6	Даатгуулагчийн иргэний үнэмлэх /анх удаа нөхөн төлбөр авч байгаа	<input type="checkbox"/>
3.7	Шаардлагатай тохиолдолд хууль ёсны өв залгамжлагч болохыг нотлох бичиг баримт	<input type="checkbox"/>

Жич: Даатгагч нь шаардлагатай гэж үзвэл хөндлөнгийн шинжээчээр хорт хавдарын өвчний онош баталгаажуулсан дүгнэлт гаргуулна

Даатгуулагчийн эмчлүүлсэн эмнэлэг, 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.

/Нөхөн төлбөр авах эрх бүхий этгээдийн гарын үсэг...../