

## "Авуудын даатгал"-ийн нөхөн төлбөрийн нэхэмжлэл

Эрүүл мэндийн хамгаалалт

### 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/

Банкний нэр/Bank name

Данс эзэмшигчийн нэр/Account holder's 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 10 код/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. Хавсаргах баримтууд /Attachments/

Даатгалын гэрээний хугацаанд 7.2-т заасан **ХҮНД ӨВЧНИЙ ДААТГАЛЫН** тохиолдол үүссэн бол ба нөхөн төлбөрийг дараах бичиг баримтыг үндэслэн олгоно. Үүнд:

Даатгалын гэрээний хугацаанд 7.3-т заасан **ГЭНЭТИЙН ОСЛЫН ДААТГАЛЫН** тохиолдол үүссэн бол ба нөхөн төлбөрийг дараах бичиг баримтыг үндэслэн олгоно. Үүнд:

Нөхөн төлбөрийн нэхэмжлэхийн маягт /Бүрэн гүйцэд бөглөсөн байх/	<input type="checkbox"/>	Нөхөн төлбөрийн нэхэмжлэхийн маягт /Бүрэн гүйцэд бөглөсөн байх/	<input type="checkbox"/>
Шинжилгээний хариуны хуулбар, рентген, томограф, MRI-ийн зураг, дүгнэлт /Шаардлагатай тохиолдолд эх хувиар/;	<input type="checkbox"/>	Эмчийн бичсэн эмийн жор;	<input type="checkbox"/>
Эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлсэн, амбулаториор үйлчлүүлсэн, эмнэлгийн тусламж үйлчилгээ авсныг нотлох эмнэлгийн бичиг баримтууд /Өвчний түүх, амбулаториор эмчлүүлэгчдийн карт, эмч нарын зөвлөгөөний шийдвэр, эмнэлгийн хуудас, магадлагаа зэрэг холбогдох баримт, материалууд/	<input type="checkbox"/>	Шинжилгээний хариуны хуулбар, рентген, томограф, MRI-ийн зураг, дүгнэлт /Шаардлагатай тохиолдолд эх хувиар/;	<input type="checkbox"/>
Даатгалын тохиолдол болсныг нотлох хавдар судлалын үндэсний төвийн клиникийн эмнэлгийн Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээ эрхэлсэн дэд захирлын албан тоот /хорт хавдрын даатгалын тохиолдлын хувьд хамаарах ба тохиолдол хэзээ болсон, анх удаа эсвэл давтан оношлогдсон эсэхийг тусгасан байна/	<input type="checkbox"/>	Төлбөрийн баримт /И-Баримт, үнийн дүнгийн дэлгэрэнгүй задаргаа/	<input type="checkbox"/>
Даатгалын тохиолдол болсныг нотлох бусад баримт;	<input type="checkbox"/>	Эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлсэн, амбулаториор үйлчлүүлсэн, эмнэлгийн тусламж үйлчилгээ авсныг нотлох эмнэлгийн бичиг баримтууд /Өвчний түүх, амбулаториор эмчлүүлэгчдийн карт, эмч нарын зөвлөгөөний шийдвэр, эмнэлгийн хуудас, магадлагаа зэрэг холбогдох баримт, материалууд/	<input type="checkbox"/>
		Гэнэтийн ослын талаарх Цагдаагийн байгууллагын тодорхойлолт, гэмтлийн эмнэлэг, шүүх эмнэлэгийн эмчийн үзлэг хийсэн баримт, дүгнэлт;	<input type="checkbox"/>
		Энэ гэрээний 11.1.3-т заасан нөхцөл байдал үүссэн бол хууль ёсны асран хамгаалагчийг тогтоосон шүүхийн шийдвэр,	<input type="checkbox"/>
		Даатгалын тохиолдол болсныг нотлох бусад баримт;	<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 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/.....

Та нөхөн төлбөрийн материалаа бүрдүүлээд [claim@nlic.mn](mailto:claim@nlic.mn) хаягаар ирүүлнэ үү.