



## ҮНДЭСНИЙ АМЬДРАЛЫН ДААТГАЛ

*Сэтгэл тайван амьдралыг тэдрүүлнэ*

# ХҮСЭЛТИЙН ХУУДАС

Хүсэлтийн хуудас № .....

Менежерийн нэр: ..... Код: .....

Төлөөлөгчийн нэр: ..... Код: .....

**Та өөрийн мэдээллээ үнэн зөв дэлгэрэнгүй, гаргацтай бичнэ үү**

### 1. Даатгалын гэрээ эзэмшигч мэдээлэл /Сонгоно уу/

Хуулийн этгээд  Хувь хүн

#### 1.1 Хуулийн этгээд /хувь хүн бол бөглөхгүй/

Хуулийн этгээдийн нэр: ..... Улсын бүртгэлийн дугаар: .....

Ажил олгогчийн овог нэр: ..... Хуулийн этгээдийн хаяг: .....

#### 1.2 Хувь хүн /хуулийн этгээд, хэрвээ даатгалын гэрээ эзэмшигч нь даатгуулагч бол бөглөхгүй/

Овог нэр: ..... Регистрийн дугаар: .....

Ажил эрхэлж буй байгууллагын нэр: ..... Албан тушаал: .....

Сарын орлого/₮/: ..... Даатгуулагчийн юу нь вэ? .....

Даатгуулагчийн талаар хэр сайн мэдэх вэ? .....

Хамгийн сүүлд хэзээ харьцаж мэдээлэл авсан бэ? .....

Оршин суугаа газрын хаяг: ..... И-Мэйл: ..... Утас: .....

### 2. Даатгуулагчийн мэдээлэл

Ургийн овог: ..... Овог Нэр: .....

Төрсөн он.сар.өдөр: ..... Регистрийн №: ..... Иргэний үнэмлэхний №: .....

Гадаад паспортны № ..... Хобби: ..... Утас: .....

Оршин суугаа газрын хаяг: ..... И-Мэйл: .....

#### 2.1 Харгалзах хэсгийг сонгоно уу

##### Хүйс

- Эрэгтэй  
 Эмэгтэй

##### Гэрлэлтийн байдал

- Гэрлэсэн  
 Гэрлээгүй  
 Хамтран амьдрагч  
 Салсан

##### Боловсролын байдал

- Дээд  
 Бүрэн дунд  
 Дунд  
 Тусгай дунд

##### Ажлын нөхцөл

- Хэвийн  
 Хүнд, хортой халуун  
 Газар доор

#### 2.2 Ажил эрхлэлт, орлогын мэдээлэл

Аль улсад ажилладаг/сурдаг вэ? ..... Цаашид хэдэн жил сурч/ажиллах вэ? .....

Сурдаг бол ямар сургуульд хэдэн жил сурч байгаа вэ? .....

Ажилладаг бол ямар ажил, хэдэн жил хийж байна вэ? .....

Таны хариулт эдгээр хуудсанд багтахгүй бол хуудас нэмж бичин, гарын үсгээр баталгаажуулна уу.

### 2.3 Зээлийн мэдээлэл /Ямар нэг зээлтэй бол дараах хэсгийг бөглөнө/

Зээлийн хэмжээ: \_\_\_\_\_ Сарын төлбөр: \_\_\_\_\_

Зээлийн зориулалт: \_\_\_\_\_

### 2.4 Хүүхдийн мэдээлэл /Хэрэв хүүхдээ даатгуулж байгаа бол доорх асуултыг бөглөнө/

Эцгийн/эхийн нэр: \_\_\_\_\_ Нэр: \_\_\_\_\_ Төрсөн огноо: \_\_\_\_\_

Цусны даралт />3 нас/: Дээд: \_\_\_\_\_ Хүйс:  эрэгтэй Биеийн өндөр: \_\_\_\_\_ /см/

Доод: \_\_\_\_\_  эмэгтэй Биеийн өндөр жин: \_\_\_\_\_ /кг/

Сурч буй сургууль/цэцэрлэгийн нэр, хаяг: \_\_\_\_\_

Одоогийн оршин суугаа хаяг: \_\_\_\_\_

Гар утас: \_\_\_\_\_ Гэрийн утас: \_\_\_\_\_

### 3. Даатгалтай холбоотой мэдээлэл

Сонгож буй амьдралын даатгалын бүтээгдэхүүн:  Хувь хүний хугацаат даатгал  Үнэлгээ: \_\_\_\_\_

Байгууллагын хугацаат даатгал \_\_\_\_\_

Хуримтлалын даатгал \_\_\_\_\_

Боловсролын даатгал \_\_\_\_\_

Тэтгэврийн даатгал \_\_\_\_\_

Даатгалын хураамж төлөх хэлбэр:  Нэг удаа  Хэсэгчлэн төлөх бол  Жил  Хагас жил

Хэсэгчлэн хураамж төлөх давтамж:  Улирал  Сараар

Та дараахь нэмэлт хамгаалалтаас сонгоно уу?

Гэнэтийн ослын улмас ХЧБА тохиолдолд үлдсэн хураамжаас чөлөөлөх нэмэлт нөхцлийг авах уу?  Тийм

Гэнэтийн ослын улмаас нас барсан тохиолдолд даатгалын үнэлгээг 2 дахин  Үгүй

нэмэгдүүлэн олгох нэмэлт нөхцлийг авах уу?  Тийм  Үгүй

Гэнэтийн ослын шалтгаантай хөдөлмөрийн чадвар алдалтын нэмэлт нөхцөлөөс сонгоно уу.

ХЧ-аа бүрэн алдах Үнэлгээ: \_\_\_\_\_

ХЧ-аа хэсэгчлэн алдах Үнэлгээ: \_\_\_\_\_

ХЧ-аа түр алдах Үнэлгээ: \_\_\_\_\_

Эмнэлгийн мөнгө даатгал Үнэлгээ, хоногт: \_\_\_\_\_

Интернэйшнл СОС  Тийм  Үгүй

Та хэдэн жилээр даатгуулах хүсэлтэй байна вэ? \_\_\_\_\_

Таны даатгалын хамгаалалт авч эхлэхийг хүсч буй огноо: \_\_\_\_\_

### 3. Бенефишерийн талаарх мэдээлэл

Гэрээний хугацаанд гэрээнд заасан тохиолдлоор даатгагдагч нас барвал даатгалын нөхөн төлбөрийг авах эрх бүхий этгээдийг Бенефишер гэнэ. Та Бенефишерээ сонгосон тохиолдолд таны сонгосон Бенефишерт, эс сонгосон тохиолдолд таны хууль ёсны өв залгамжлагчид даатгалын нөхөн төлбөр очно гэдгийг анхаарна уу. Бенефишерээр хэд хэдэн этгээдийг томилж болох бөгөөд 1-ээс дээш этгээдийг томилсон тохиолдолд нөхөн төлбөр олгох хувийг заавал тавина уу? Та гэрээний хугацаанд бенефишерээ өөрчилж болно.

#### Бенефишер /хувь хүн/

Овог: \_\_\_\_\_ Нэр: \_\_\_\_\_

Регистрийн дугаар: \_\_\_\_\_ Таны юу болох: \_\_\_\_\_

Бенефишерийн оршин суугаа хаяг: \_\_\_\_\_

Утас: \_\_\_\_\_ Факс: \_\_\_\_\_ И-мэйл: \_\_\_\_\_

### 3.2 Бенефишер /Хуулийн этгээд/

Бенефишерийн нэр: \_\_\_\_\_ Улсын бүртгэлийн № \_\_\_\_\_

Бенефишерийн хаяг: \_\_\_\_\_

Утас: \_\_\_\_\_ Факс: \_\_\_\_\_ И-мэйл: \_\_\_\_\_

### 4. Таны ирээдүйн төлөвлөгөө

Цэргийн алба хаах эсэх?  Тийм  Үгүй \_\_\_\_\_

Нийтийн зориулалтын бус агаарын нислэгт оролцох эсэх?  Тийм  Үгүй \_\_\_\_\_

Ажлын нөхцөлөө өөрчлөх эсэх?  Тийм  Үгүй \_\_\_\_\_

Гадаадад 3-н сар буюу түүнээс дээш хугацаагаар амьдрах төлөвлөгөө байгаа эсэх?  Тийм  Үгүй \_\_\_\_\_

### 5. Өмнө нь даатгалд хамрагдсан талаарх мэдээлэл

Компанийн нэр: \_\_\_\_\_ Даатгалын төрөл: \_\_\_\_\_

Даатгуулсан он: \_\_\_\_\_ Даатгалын гэрээний хугацаа: \_\_\_\_\_

### 6. Гэр бүлийн эрүүл мэндийн мэдээлэл

Таны аав:  Амьд байгаа \_\_\_\_\_

Нас: \_\_\_\_\_  Нас барсан \_\_\_\_\_

Таны ээж:  Амьд байгаа \_\_\_\_\_

Нас: \_\_\_\_\_  Нас барсан \_\_\_\_\_

Та хэдэн ах/дүүтэй вэ? /Эрэгтэй/ \_\_\_\_\_

Амьд байгаа: \_\_\_\_\_  Нас: \_\_\_\_\_

Нас барсан: \_\_\_\_\_  Нас: \_\_\_\_\_

Та хэдэн эгч/дүүтэй вэ? /Эмэгтэй/ \_\_\_\_\_

Амьд байгаа: \_\_\_\_\_  Нас: \_\_\_\_\_

Нас барсан: \_\_\_\_\_  Нас: \_\_\_\_\_

Таны нөхөр/эхнэр:  Амьд байгаа \_\_\_\_\_

Нас: \_\_\_\_\_  Нас барсан \_\_\_\_\_

Та хэдэн хүүхэдтэй вэ? \_\_\_\_\_

Амьд байгаа: \_\_\_\_\_  Нас: \_\_\_\_\_

Нас барсан: \_\_\_\_\_  Нас: \_\_\_\_\_

### 7. Хувийн эрүүл мэндийн талаарх мэдээлэл

7.1 Та сүүлчийн 5 жилд ямар нэг өвчин, гэмтэл ослын улмаас эмнэлгийн байгууллага болон эмчид хандаж байсан уу?  Мэдэхгүй  Тийм  Үгүй

7.2 Та эмнэлэгт хэвтэж эмчлүүлж байсан бол тухайн эмнэлгийн хаяг болон таныг эмчилж байсан эмчийн талаар мэдээлэл өгнө үү?  Мэдэхгүй  Тийм  Үгүй

7.3 Та сүүлчийн 5 жилийн хугацаанд эрүүл мэндийн байдлаас болж ажлын байрны нөхцөлөө өөрчлөх шаардлага гарч байсан уу?  Мэдэхгүй  Тийм  Үгүй

7.4 Та хөгжлийн бэрхшээлтэй юу?  Мэдэхгүй  Тийм  Үгүй

7.5 Та удаан хугацаанд тогтмол эм, бэлдмэл хэрэглэж байгаа юу?  Мэдэхгүй  Тийм  Үгүй

7.6 Та согтууруулах ундаа хэрэглэдэг үү?  Мэдэхгүй  Тийм  Хааяа  Үгүй

7.7 Та мансууруулах бодис хэрэглэдэг үү?  Мэдэхгүй  Тийм  Хааяа  Үгүй

7.8 Та удаан хугацаанд тогтмол эм бэлдмэл хэрэглэдэг үү?  Мэдэхгүй  Тийм  Үгүй

7.9 Та тамхи татдаг уу?  Мэдэхгүй  Тийм  Өдөрт 10 хүртэл  Үгүй  Өдөрт 10-с олон

Таны бие болон сэтгэл санаа ямар нэгэн зовиургүйгээр, таны биеийн байдал одоо сайн байна уу?

Тийм  Үгүй

Хэрвээ Та дээрх асуултуудад тийм, хааяа гэсэн хариулт өгсөн бол асуултын өмнөх дугаарыг бичээд дэлгэрэнгүй мэдээлэл өгнө үү.

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

**8. Харгалзах хэсгийг бөглөж, дэлгэрэнгүй мэдээлэл өгнө үү.**

8.1 Та сүүлийн 5 жилийн хугацаанд дор дурдсан шижилгээнүүдийг өгч байсан уу?

Гепатит В, С,  ХДОХВ/ДОХ  Хавдар маркерын  Үгүй

-----

-----

**9. Доор дурдсан өвчнүүдээр өвдөж байсан, эсхүл одоо өвдөж байгаа эсэх?**

9.1 Цусны эргэлтийн системийн өвчин (зүрх, ревматизм, цусны даралт ихсэх өвчин, артер венийн судасны өвчин г.м)

Тийм  Үгүй

9.2 Амьсгалын замын өвчин (сүрьеэ, багтраа, бөгшүүлэн ханиалгах, уушигны хатгаа г.м)

Тийм  Үгүй

9.3 Шээс бэлгийн замын өвчин (бөөрний үрэвсэл, шээс болон бэлэг эрхтний, бөөрний чулуу, арьс өнгөний өвчин г.м)

Тийм  Үгүй

9.4 Хоол боловсруулах эрхтний өвчин (хоол боловсруулах эрхтний эмгэг, ходоод болон дээд гэдэсний шарх, гепатит В,С болон элэгний бусад эмгэгүүд, цөс, нойр булчирхайн өвчнүүд г.м)

Тийм  Үгүй

9.5 Мэдрэлийн болон сэтгэцийн өвчин (эпилепси, толгой тогмол өвдөх, сэтгэл гутралд орох г.м)

Тийм  Үгүй

9.6 Чихрийн шижин, хорт хавдар, цус, арьс болон тунгалагийн булчирхай, дэлүүний өвчлөл

Тийм  Үгүй

9.7 Чих хамар хоолой, нүдний өвчнүүд

Тийм  Үгүй

9.8 Дотоод шүүрлийн булчирхайн өвчнүүд ( бамбай булчирхай, бөөрний дээд булчирхайн үйл ажиллагаа алдагдал г.м)

Тийм  Үгүй

9.9 Шалтгаангүйгээр шөнийн цагаар хөлрөх, жингээ алдах, халуурах, удаан хугацаагаар суулгах, булчирхай томрох шинж тэмдэг илэрч байсан уу?

Тийм  Үгүй

9.10Харшлын өвчнүүд

Тийм  Үгүй

9.11 Удамшлын ба төрөлхийн өвчнүүд

Тийм  Үгүй

- 9.12 Гэмтэж бэртэж байсан уу  Тийм  Үгүй
- 9.13 Дээр дурдаагүй өвчнөөр өвдөж байсан, эсхүл одоо өвдөж байгаа эсэх? (цус, халдвар, арьс өнгө г.м)  
 Тийм  Үгүй
- 9.14 Эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлж байсан эсэх?  Тийм  Үгүй
- 9.15 Мэс засал хийлгэж байсан уу?  Тийм  Үгүй
- 9.16 Та ямар нэгэн эм ууж байгаа юу?  Тийм  Үгүй
- 9.17 Хэрэв дээрх асуултуудад тийм гэж хариулсан бол дэлгэрэнгүй мэдээлэл өгнө үү?

-----  
 -----  
 -----

Биеийн өндөр: ----- см жин: ----- кг Цусны даралт: ----- дээд ----- доод

**10. Хувийн эрүүл мэндийн талаарх мэдээлэл /зөвхөн эмэгтэйчүүд бөглөнө/.**

- 10.1 Та жирэмсэн үү?  Тийм  Үгүй -----
- 10.2 Та дутуу төрж байсан уу?  Тийм  Үгүй -----
- 10.3 Та үр хөндүүлж байсан уу?  Тийм  Үгүй -----
- 10.4 Та кесерова /хагалгаа/ хийлгэж байсан уу?  Тийм  Үгүй -----
- 10.5 Сүүлчийн төрөлтийн огноо:  Тийм  Үгүй -----
- 10.6 Сүүлчийн сарын тэмдэг ирсэн огноо:  Тийм  Үгүй -----

**11. Зөвхөн 0-5 насны хүүхдэд хамаарна**

- 11.1 Хүүхэд хүндрэлтэй төрсөн эсэх? /кесерова, хүйгээ ороох, бүтэлт, шевтигээр татуулах, буруу байрлал г.м/  
 Тийм  Үгүй
- 11.2 Хүүхэд дутуу төрсөн эсэх?  
 Тийм  Үгүй
- 11.3 Хүүхэд ямар нэгэн халдварт өвчнөөр өвчилж байсан эсэх?  
 Тийм  Үгүй
- 11.4 Хэрэв та хүүхдэд хамаарах асуултуудад тийм гэж хариулсан бол дэлгэрэнгүй мэдээлэл өгнө үү?

-----  
 -----

**12. Та нөхөр/эхнэрийнхээ талаар мэдээлэл өгнө үү?**

- 12.1 Овог, нэр: ----- Боловсролын байдал: -----
- 12.2 Одоо эрхэлж буй ажил: ----- Орлогын хэмжээ: -----
- 12.3 Ажил эрхэлж буй байгууллагын хаяг: -----
- 12.4 Хэрвээ даатгалтай бол даатгалын үнэлгээ: ----- Даатгалын компанийн нэр: -----

**МЭДҮҮЛЭГ**

Энэхүү хүсэлтийн хуудсанд өгсөн мэдээлэл, түүнтэй холбогдуулан бүрдүүлж өгсөн бичиг баримт нь үнэн зөв бөгөөд надад амьдралын даатгалын эрсдэлийг тодорхойлоход нөлөөлөхүйц ямар нэг нуун дарагдуулсан зүйл байхгүй болохыг би баталж байна. Миний бие “Нэйшнл лайф даатгал” ХХК-ийн даатгалын гэрээний нөхцөлийг хүлээн зөвшөөрч байна. “Нэйшнл лайф даатгал” ХХК нь миний эрүүл мэндийн байдлын талаарх нэмэлт мэдээллийг намайг үзэж байсан эмч болон даатгуулах хүсэлтээ гаргаж байсан аль нэг даатгалын компаниас олж авч болохыг зөвшөөрч байна. Энэхүү хүсэлтийн хуудсанд өгсөн мэдээлэл, түүнтэй холбогдуулан бүрдүүлж өгсөн бичиг баримтыг хуурамчаар үйлдсэн тохиолдолд даатгалын гэрээг хүчингүйд тооцож, төлөгдсөн бүх даатгалын хураамжийг даатгагч /“Нэйшнл лайф даатгал” ХХК/-ийн мэдэлд шилжүүлэх бөгөөд буцаан нэхэмжлэхгүй гэдгээ хүлээн зөвшөөрч байна.

- Даатгалын гэрээ эзэмшигч гарын үсэг: ----- Огноо: -----  
 (овог нэр)
- Даатгуулагчийн гарын үсэг: ----- Огноо: -----  
 (овог нэр)
- Даатгалын төлөөлөгчийн гарын үсэг: ----- Огноо: -----  
 (овог нэр)