



ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ДААТГАЛЫН НӨХӨН ТӨЛБӨРИЙН МАЯГТ HEALTH INSURANCE CLAIMS FORM

Даатгал эзэмшигч та энэхүү нөхөн төлбөрийн маягыг ТОМ үсгээр гаргацтай бичиж Мандал Даатгал ХК-д шаардлагатай бичиг баримтын хамт хүргүүлнэ үү.

ДААТГУУЛАГЧИЙН ТАЛААРХ МЭДЭЭЛЭЛ (Даатгуулагч бөглөх)/POLICYHOLDER DETAILS (Insured complete)

- 1 Даатгалын төрөл **Insurance package** Хувь хүн /Гэр бүлийн даатгал/
Individual/Family insurance/ Албан байгууллагын даатгал
Organization insurance
- 2 Албан байгууллагын нэр/Хэрэв албан байгууллага бол **Organization** _____
- 3 Даатгуулагчийн овог, нэр **Insured Name** _____
- 5 Регистрийн дугаар **State registration number** _____
- 9 Холбогдох утасны дугаар **Daytime contact №** _____

БАНКНЫ МЭДЭЭЛЭЛ (Даатгуулагч бөглөх)/PAYMENT DETAILS (Insured complete)

- 1 Нийт төлбөрийн хэмжээ **Amount of invoice** _____
- 2 Банкны нэр **Name of bank** _____
- 3 Данс эзэмшигчийн овог, нэр **Name of Account Holder** _____
- 4 Дансны дугаар **Account number** _____

Мэдүүлэг: Таны бүрдүүлэн өгсөн эрүүл мэндтэй хамааралтай эдгээр материалууд нь **Монгол Улсын Хувь Хүний Нууцын тухай хуулиар** хамгаалагдах бөгөөд Бид таны хувийн нууцыг чандлан хадгалах болно.

Миний бие даатгалын нөхөн олговортой холбоотой мэдээллийг үнэн зөв болохыг баталж байна. Хэрэв шаардлагатай тохиолдолд Мандал Даатгал ХК үйлчлүүлсэн эмнэлэг болон эмчтэй холбогдож нэмэлт тодруулга авч болохыг зөвшөөрч байна.

Даатгуулагчийн гарын үсэг / Insured signature

Огноо /Date

Энэ хуудсыг эмчээр заавал бөглүүлнэ үү/Please complete this page by attending physician

ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ТАЛААРХ МЭДЭЭЛЭЛ (Даатгуулагч бөглөх)/HEALTH DETAILS (Insured complete)

- 1 Танд ямар зовиур байсан учир эмчид хандсан бэ? Reasons to attend physician?
.....
- 2 Тухайн зовиурууд хэзээнээс эхэлсэн бэ? When the symptoms started?
.....
- 3 Өвдөлт , зовиуртай холбоотой нэмэлт мэдээллээ бичнэ үү. Additional info relating to symptoms.
.....

ЭМНЭЛГИЙН ТАЛААРХ МЭДЭЭЛЭЛ (Эмч бөглөх)/ HOSPITAL DETAILS (Physician complete)

- 1 Эмнэлгийн нэр /Hospital Name
- 2 Эмчлэгч эмчийн нэр /Name of treating physician
- 3 Эмчийн утасны дугаар /Physician contact No
- 4 Эмчийн гарын үсэг /Physician signature

Эмнэлгийн/эмчийн тамга Hospital/ Physician seal

НӨХӨН ТӨЛБӨРИЙН ТАЛААРХ МЭДЭЭЛЭЛ (Эмч бөглөх)/ DETAILS OF EXPENSES CLAIMED (Physician complete)

№	Эмчилгээ/Үйлчилгээний төрөл Medical Service	Өвчний онош ICD 9/10 ангиллаар (заавал) Diagnosis ICD 9/10	Эмчийн овог, нэр Service Provider	Он/сар/өдөр Date of service
1			/...../.....
2			/...../.....
3			/...../.....

Эмчилгээний талаарх мэдээлэл бичнэ үү. (Эмч бөглөх) Details of treatments (Physician complete)

.....
.....