


**ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ДААТГАЛЫН НӨХӨН ТӨЛБӨРИЙН МАЯГТ
HEALTH INSURANCE CLAIMS FORM**

ДААТГУУЛАХ ХҮСЭЛТ ГАРГАГЧ нь энэхүү нөхөн төлбөрийн маягтыг үнэн зөв, гаргацтай бичиж Монре Даатгал ХХК-д шаардлагатай бичиг баримтын хамт хүргүүлнэ үү.

A. ДААТГУУЛАГЧИЙН ТАЛААРХ МЭДЭЭЛЭЛ (Даатгуулагч бөглөх)/POLICYHOLDER DETAILS (Insured complete)		
Даатгалын төрөл/Insurance package	<input type="checkbox"/> Хувь хүн/ Individual Insurance	<input type="checkbox"/> Албан байгууллага/ Organization Insurance
Албан байгууллагын нэр/Organization		
Даатгуулагчийн овог, нэр/Insured Name		
Регистрийн дугаар/Registration number		
Хуулийн этгээдийн хаяг/Address		
Холбоо барих утас/Telephone number		
Б. ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ТАЛААРХ МЭДЭЭЛЭЛ (Даатгуулагч бөглөх)/HEALTH DETAILS (Insured complete). /Энэ хуудсыг эмчээр заавал бөглүүлнэ үү/Please complete this page by attending physician/		
Тухайн зовиурууд хэзээнээс эхэлсэн бэ?/When the symptoms started?		
Тухайн зовиурууд хэзээнээс эхэлсэн бэ?/When the symptoms started?		
Өвдөлт , зовиуртай холбоотой нэмэлт мэдээллээ бичнэ үү./Additional info relating to symptoms.		
В. ЭМНЭЛГИЙН ТАЛААРХ МЭДЭЭЛЭЛ (Эмч бөглөх)/ HOSPITAL DETAILS (Physician complete)		
Эмнэлгийн/ эмчийн тамга Hospital/Physician seal		
Г. НӨХӨН ТӨЛБӨРИЙН ТАЛААРХ МЭДЭЭЛЭЛ (Эмч бөглөх)/ DETAILS OF EXPENSES CLAIMED (Physician complete)		
Эмнэлгийн нэр /Hospital Name		
Эмчлэгч эмчийн нэр /Name of treating physician		
Эмчийн утасны дугаар /Physician contact No		
Эмчийн гарын үсэг /Physician signature		

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

**Д. ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ТАЛААРХ МЭДЭЭЛЭЛ БИЧНЭ ҮҮ.
(ЭМЧ БӨГЛӨХ) DETAILS OF TREATMENTS (PHYSICIAN COMPLETE)**

--

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

Нийт төлбөрийн хэмжээ/Amount of invoice	
Банкны нэр/Name of bank	
Данс эзэмшигчийн овог, нэр/Name of Account Holder	
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 Монре Даатгал ХК үйлчлүүлсэн эмнэлэг болон эмчтэй холбогдож нэмэлт тодруулга авч болохыг зөвшөөрч байна.*

Даатгуулагчын гарын үсэг / Insured signature Огноо /Date