

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 гэрээний № Policy No	<input type="text"/>
2	Даатгалын хүчинтэй хугацаа Valid date	<input type="text"/> -аас <input type="text"/> хүртэл to
3	Бүтээгдэхүүний багц Insurance product	<input type="checkbox"/> Jargalan Gold багц Gold package <input type="checkbox"/> Jargalan Platinum багц Platinum package <input type="checkbox"/> ОУЭМД International Health Insurance
4	Даатгалын төрөл Insurance package	<input type="checkbox"/> Хэвтэн эмчлүүлэх Inpatient <input type="checkbox"/> Амбулаторийн үйлчилгээ Outpatient <input type="checkbox"/> Жирэмслэлт Pregnancy <input type="checkbox"/> Нэг хүний өрөө Standard private room <input type="checkbox"/> Хувь хүн /Гэр бүлийн даатгал/ Individual/Family insurance/ <input type="checkbox"/> Албан байгууллагын даатгал Organization insurance
5	Албан байгууллагын нэр/хэрэв албан байгууллага бол/ Organization	<input type="text"/>
6	Даатгуулагчийн овог, нэр Insured Name	<input type="text"/>
7	Төрсөн он/сар/өдөр/ Date of birth	<input type="text"/>
8	Регистрийн дугаар State registration number	<input type="text"/>
9	Холбогдох утасны дугаар Daytime contact №	<input type="text"/>

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

1	Нийт төлбөрийн хэмжээ Amount of invoice	<input type="text"/>
2	Банкны нэр Name of bank	<input type="text"/>
3	Данс эзэмшигчийн овог, нэр Name of Account Holder	<input type="text"/>
4	Дансны дугаар Account number	<input type="text"/>
5	Банкны хаяг (хэрэв гадаадын банкны данс бол) Address of bank (if the bank is foreign)	<input type="text"/>
6	SWIFT Code хэрэв гадаадын банкны данс бол	<input type="text"/>

НӨХӨН ТӨЛБӨРИЙН МАТЕРИАЛЫН БҮРДЭЛ/CLAIM MATERIAL CHECKLIST

- Даатгуулагч нь байгууллага бол албан тоот илгээсэн байх/If a company please attach a claim request letter
- Эмнэлгийн тусламж үйлчилгээний төлбөрийн баримт эх хувиараа / Medical service receipt
- Эмчийн үзлэг, оношилгооны дүгнэлт, эмчилгээний хуулбар / Medical consultation and diagnosis
- Лабораторийн шинжилгээний хариу (Цусны, шээсний, биохими г.м) / Lab test results
- Үйл оношийн шинжилгээний дүгнэлт (Рентген, СТ, MRI, эхо г.м) / Imagery test results

ТАНЫ ХУВИЙН МЭДЭЭЛЛИЙГ ХАМГААЛАХ ТУХАЙ/PRIVACY INFORMATION PROTECTION

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.

Дараах 2 дугаар хуудсыг эмчээр заавал бөглүүлнэ үү/Please complete the next 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 Та өмнө нь энэ өвчнөөр өвдөж байсан уу? Тийм Үгүй Тийм бол хэзээ вэ? (огноо/...../.....)
Have had the disorder before? Yes No If yes/ when?
- 4 Хэрэв өвдөж байсан бол дэлгэрэнгүй мэдээллээ бичнэ үү? *If you had this disorder, please write the details?*

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

- 1 Эмчийн овог, нэр
Physician Name [Grid]
- 2 Эмнэлгийн нэр
Hospital Name [Grid]
- 3 Эмчлэгч эмчтэй холбоо барих утас
Physician contact No [Grid]
- 4 Эмчийн гарын үсэг
Physician signature Эмнэлгийн/эмчийн тамга
Hospital/ Physician seal [Box]

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

	Эмчилгээ/ Үйлчилгээний төрөл <i>Medical Service</i>	Өвчний онош ICD 9/10 ангиллаар (заавал) <i>Diagnosis ICD 9/10</i>	Эмчийн овог, нэр <i>Service Provider</i>	Он/сар/өдөр <i>Date of service</i>	Төлбөрийн хэмжээ <i>Amount of invoice</i>
1			/...../.....	
2			/...../.....	
3			/...../.....	

ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ТАЛААРХ МЭДЭЭЛЭЛ (Эмч бөглөх)/ DETAILS OF TREATMENTS (Physician complete)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

МЭДҮҮЛЭГ/ DECLARATION

Миний бие дээр мэдүүлсэн 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* Он/Сар/Өдөр
Date [Grid]

ДААТГАЛЫН АЖИЛТАН БӨГЛӨНӨ/ INSURER COMPLETE

Даатгалын тохиолдлын дугаар/ *Insurance case No:* [Grid]