

ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ДААТГАЛЫН ӨРГӨДЛИЙН МАЯГТ
HEALTHCARE PLAN APPLICATION FORM

Маягтан дахь өөрт хамааралтай хэсгүүдийг бөглөнө үү. Энэхүү маягтан дахь бүх асуултаудыг үнэн зөв, тодорхой хариулах хэрэгтэйг анхаарна уу.

Please complete the sections relevant to your application. Please note it is vital all relevant questions on this form are answered accurately and that all relevant information is disclosed.

A ХЭСЭГ – Үндсэн даатгуулагчийн Мэдээлэл / SECTION A – Lead Applicant Details

Нэр / Forename(s) Овог / Surname

Оршин суугаа хаяг / Address

Иргэншил / Nationality Хүйс / Gender: Эрэгтэй / M Эмэгтэй / F

Төрсөн огноо (өдөр/сар/он) / Date of Birth (dd/mm/yy) Нас/Age

Улсын ЭМД-ын №/State Health Insurance № РД

Биеийн өндөр (м) / Height (m) Биеийн жин (кг) / Weight (kg) БЖИ / BMI

Гэрийн утас / Home Telephone Гар утас / Mobile

Имэйл / Email

Даатгал эхлэх хугацаа (өө/сс/оо) / Insurance Start Date (dd/mm/yy)

B Хэсэг – Сонгосон Даатгалын Багц / SECTION B – Selected package

	Үндсэн/Lead	Гишүүн1/Dep1	Гишүүн2/Dep2	Гишүүн3/Dep3	Гишүүн4/Dep4
Хэвтэн эмчлүүлэх багц / Inpatient care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Амбулаторийн эмчилгээ үйлчилгээ / Outpatient care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Жирэмслэлт, төрөлтийн багц / Pregnancy and Maternity care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Нэмэлт багц / Ancillary care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C ХЭСЭГ – Үндсэн даатгуулагчийн Гэр Бүлийн Гишүүдийн Мэдээлэл / SECTION C – Lead Applicant's Dependents Details

Даатгалд хамрагдах гэр бүлийн гишүүдийн мэдээллийг бөглөнө үү. Хэрэв 5-аас дээш гэр бүлийн гишүүд байвал нэмэлт өргөдлийн маягт бөглөнө үү.

Insert the names of your dependents that require cover at this time. If you have more than five dependents, please use an additional Application Form.

Dependent 1 / Гэр бүлийн гишүүн 1

Нэр / Forename(s) Овог / Surname

Иргэншил / Nationality Хүйс / Gender: Эрэгтэй / M Эмэгтэй / F

Төрсөн огноо (өдөр/сар/он) / Date of Birth (dd/mm/yy) Нас/Age

Улсын ЭМД-ын №/ State Health Insurance № РД

Биеийн өндөр (м) / Height (m) Биеийн жин (кг) / Weight (kg) БЖИ / BMI

Даатгуулагчтай ямар хамааралтай болох / Relationship to Lead Applicant

Dependent 2 / Гэр бүлийн гишүүн 2

Нэр / Forename(s) Овог / Surname

Иргэншил / Nationality Хүйс / Gender: Эрэгтэй / M Эмэгтэй / F

Төрсөн огноо (өдөр/сар/он) / Date of Birth (dd/mm/yy) Нас/Age

Улсын ЭМД-ын №/ State Health Insurance № РД

Биеийн өндөр (м) / Height (m) Биеийн жин (кг) / Weight (kg) БЖИ / BMI

Даатгуулагчтай ямар хамааралтай болох / Relationship to Lead Applicant

Dependent 3 / Гэр бүлийн гишүүн 3

Нэр / Forename(s) Овог / Surname

Иргэншил / Nationality Хүйс / Gender: Эрэгтэй / M Эмэгтэй / F

Төрсөн огноо (өдөр/сар/он) / Date of Birth (dd/mm/yy) Нас/Age

Улсын ЭМД-ын №/ State Health Insurance № РД
Биеийн өндөр (м) / Height (m) Биеийн жин (кг) / Weight (kg) БЖИ / BMI
Даатгуулагчтай ямар хамааралтай болох / Relationship to Lead Applicant

Dependent 4 / Гэр бүлийн гишүүн 4

Нэр / Forename(s) Овог / Surname
Иргэншил / Nationality Хүйс / Gender: Эрэгтэй / M Эмэгтэй / F
Төрсөн огноо (өдөр/сар/он) / Date of Birth (dd/mm/yy) Нас/Age
Улсын ЭМД-ын №/ State Health Insurance № РД
Биеийн өндөр (м) / Height (m) Биеийн жин (кг) / Weight (kg) БЖИ / BMI
Даатгуулагчтай ямар хамааралтай болох / Relationship to Lead Applicant

D ХЭСЭГ – Эрүүл Мэндийн Байдал / SECTION D – Statement of Health

ТИЙМ эсвэл ҮГҮЙ гэж хариулна уу. Хэрэв Тийм гэж хариулбал дараагийн хуудсан дахь зайд хариултаа тодорхой бичнэ үү. Мэдээллийг үнэн зөв бөглөх ёстой. Асуултаудтай холбоотой бүхий л мэдээллийг үнэн зөвөөр мэдэгдэх ёстой. Хэрэв худал мэдээлэл өгсөн бол энэхүү даатгал нь хүчингүй болно. Холбоотой мэдээлэл гэдэг нь даатгагч тухайн даатгуулагчийн Өргөдлийн маягтыг хүлээн авах, авахгүй эсэхэд нөлөөлж болох мэдээллийг хэлнэ. Ямарваа мэдээлэл нь холбоотой эсэхэд эргэлзэж байгаа бол мэдэгдэх нь зөв.

Please answer YES or NO. If Yes, please specify details in the space provided on the following page. All information supplied will be treated in strict confidence. All material facts including those relating to these questions must be disclosed. Failure to do so may invalidate the policy. A material fact is information that would be likely to influence the insurer’s assessment and acceptance of this Application Form. If you are in any doubt whether a fact is material then it should be disclosed.

Please circle as appropriate / Өөрт тохирох хэсгийн дугуйлна уу

Lead Applicant Үндсэн Даатгуулагч	Dependent / Гэр бүлийн гишүүд									
	1		2		3		4			
1. Даатгуулагч эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлэх, эмнэлгээс гадуур эмчлүүлэх, шүдний эмчилгээ, амны хөндийн эмчилгээ, хийлгэхээр төлөвлөж байгаа эсвэл эмч хийлгэхийг зөвлөсөн эсэх? <i>Are you planning on or has a medical professional recommended that you receive inpatient or outpatient medical / surgical or dental procedures or oral surgery (including diagnostic testing)?</i>	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
2. Даатгуулагч одоогоор эмчилгээ хийлгэж байгаа эсэх? <i>Is any individual currently taking medication?</i>	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
3. Даатгуулагч сүүлийн 5 жилд эмчийн хяналтанд ямар нэг шилжилгээнд орж, эмчилгээ хийлгэсэн эсэх? (шүдний эмчилгээ, эрүүл мэндийн ердийн үзлэг, архаг хууч бус болон дахин сэдэрдэггүй хөнгөн өвчин (ханиалга ханиад)-ийг хамаарахгүй) <i>Has any individual been examined by or consulted with a physician or doctor or received any medical treatment in the last 5 years?(dental procedures, routine check ups, poorly ailments (coughs and colds) of a non-chronic and nonrecurring nature can be ignored)</i>	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
4. Даатгуулагч урьд өмнө эрүүл мэндийн, шүдний эмчилгээ хийлгэх, хөдөлмөрийн чадвар алдалтын гэх мэт даатгалд хамрагдах боломжгүй гэж буцаагдаж байсан уу? <i>Has any individual ever been denied medical, dental disability coverage or been quoted anything other than standard terms for them?</i>	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
5. Даатгуулагч тамхи татдаг эсэх? <i>Does any individual use tobacco products?</i>	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No

D ХЭСЭГ – Эрүүл Мэндийн Байдал (үргэлжлэл) / SECTION D – Statement of Health (continued)

Та сүүлийн 10 жилийн хугацаанд дараах өвчний төрлүүдээр өвчилж байсан уу?

Within the last 10 years has there been any disease of or any treatment for any of the following?

	Lead Applicant Үндсэн Даатгуулагч		Dependent / Гэр бүлийн гишүүд							
	Yes	No	1		2		3		4	
6. Архи, мансууруулах бодист донтох/ Alcoholism/Substance Abuse	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
7. Зүрх, судасны өвчин/Cardiovascular disorder	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
8. Багтраа өвчин/Asthma	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
9. Ар нуруу/Хүзүү/Сээр нуруу/Back/Neck/Spine	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
10. Цусан хангамж/Blood Vessels	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
11. Яс/Bones	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
12. Тархи/Толгой/Brain/Head	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
13. Хортой болон хоргүй хавдар/Tumour benign/malignant	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
14. Үе мөчний үрэвсэл/Arthritis (rheumatoid)	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
15. Карпал туннелийн өвчин/Carpal Tunnel Syndrome	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
16. Чихрийн шижин/Diabetes	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
17. Чих хамар хоолойн өвчин/Ear,Nose,Throat disorder	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
18. Ходоод гэдэсний хэвийн бус үйл ажиллагаа /Гэдэс дотор/Gastrointestinal Disorder/Intestines	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
19. Удамшлын өвчин болон Эвэрхий / Hereditary Disorders and Hernia	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
20. Дархлалын системийн өвчин / Immune System Disorder	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
21. Бөөр, давсагны өвчин/Kidney and Bladder disorder	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
22. Нүдний өвчин/Eyes disorder	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
23. Элэгний өвчин/Liver disorder	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
24. Уушигны өвчин: сүрьеэ/Lungs disorder: tuberculosis, COPD or other disorders	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
25. Оюуны/Мэдрэлийн системийн өвчин/ Mental/Nervous System's Disorder	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
26. Нөхөн үржихүйн өвчин/Reproductive System Disorder	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
27. Татаж унадаг өвчин/Epilepsy	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
28. Бэлгийн замын өвчин/Sexually Transmitted Infections	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
29. Арьсны өвчин/Skin disorder	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
30. Цусны даралт/Даралт ихсэлт/ Blood Pressure/ Hypertension	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
31. Мэс засал/Surgical Operation	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
32. Бамбай булчирхайн өвчин/Thyroid disorder	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
33. Хоргүй хавдар/Ургацаг/Benign Tumour/Polyp	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
34. Шархлаа/Ulcer	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
35. Саа, Саажилт/Stroke	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
36. Нойр булчирхайн өвчин/Pancreas disorder	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
37. Амьсгалын замын өвчин/Respiratory tract disorder	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
38. Даатгуулагч жирэмсэн эсэх? / Is any individual pregnant?	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
39. ДОХ/ХДХВ/AIDS/HIV	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No

