ДААТГАЛ КОМПАНИ

НӨХӨН ТӨЛБӨРИЙН НЭХЭМЖЛЭЛИЙН МАЯГТ

Анхааруулга: Та энэхүү маягтыг ашиглан Даатгалын гэрээний нөхцлөөр нөхөн төлбөр олгогдож болох аливаа хохирлын нэхэмжлэлийг гаргана. Та юуны өмнө даатгалын гэрээний нөхцлүүдийг сайтар уншижсудлаарай.

Та өөрийн болон гэр бүлийн гишүүний өвчлөл, бэртэл гэмтэлтэй холбоотой нэхэмжлэлийг тус тусад гаргана уу.

Та даатгалын тохиолдол болсон өдрөөс хойш хуанлийн 90 хоногийн дотор нэхэмжлэлтэй холбоотой эцсийн дүгнэлт, баримт, материалыг хууль зүйн дагуу өөрийн зардлаар бүрдүүлж манай компанийн хаягаар ирүүлээрэй.

Нөхөн төлбөрөө түргэн шийдвэрлүүлэхийн тулд Та үйл явдлыг баримтжуулж, нэхэмжлэлийг баталгаажуулах материалуудын эх хувийг нь энэхүү маягт (та өөрөө болон эмчлэгч эмчээр бүрэн гүйцэд бөглүүлсэн байна)-анд хавсаргасан байх шаардлагатай. Үүнд:

1. Эмнэлгийн магадлагаа, Эмнэлгийн хуудас (лист), эмчлэгч эмчийн үзлэг, эмчилгээ бичигдсэн Амбулаториор эмчлүүлэгсдийн карт, шаардлагатай тохиолдолд Өвчний түүх, шинжилгээний, эмчилгээний, эм тарианы зардлын баримтууд, Эмнэлэг хөдөлмөрийн магадлах комиссын шийдвэр;

   Эмнэлгийн байгууллагын бичиг баримтууд нь өвчтөний овог нэр, өвчний онош, эмчлүүлсэн хугацааг тодорхой заасан, эмнэлгийн болон эмчлэгч эмчийн тамга тэмдгээр баталгаажуулсан байх шаардлагатай.
2. шаардлагатай үед мэргэжлийн байгууллагын тодорхойлолт (Замын Цагдаа, Цагдаа, Гал унтраах алба, Шүүх, Шүүх эмнэлэг, ОБГ, Цаг Уур г.м);
3. бусад шаардлагатай баримтууд;

Та нөхөн төлбөртэй холбоотой мэдээллээр даатгагчийг хангах үүрэгтэйг анхаарна уу. Таны өгсөн урьдчилсан мэдээлэлтэй холбоотойгоор нэмэлт мэдээлэл шаардан гаргуулах, шинжээчдийг томилон ажиллуулж, дүгнэлт гаргуулах, шаардлагатай гэж үзвэл даатгалын тохиолдолтой холбогдсон материал, баримтуудыг бид шалгах эрхтэй. Таны бүрдүүлсэн баримт бичиг нь эргэлзээтэй эсвэл бүрэн бус бол шаардлагатай гэж үзсэн бусад бичиг баримт шаардах болно.

Бүрэн, шаардлага хангасан хохирлын нэхэмжлэлийг хүлээн авснаас хойш ажлын **14** хоног хүртэлх хугацаанд нөхөн төлбөрийг шийдвэрлэнэ. **Та өөрийн нэхэмжлэлтэй холбоотой мэдээллийг 8803 2339 дугаарын утаснаас аваарай.**

Даатгуулагчийн овог нэр:

Даатгалын хугацаа: Эхлэх: жж / сс / өө Дуусах: жж / сс / өө

Регистрийн дугаар: Утас:

Хаяг:

Та нөхөн төлбөр авч байсан түүхтэй бол хэмжээг нь бичнэ үү.

Таны энэ удаагийн нэхэмжлэл нь :

❑ үйлдвэрлэлийн осол ❑ үйлдвэрлэлийн бус осол ❑ мэргэжлээс шалтгаалах өвчин ❑ мэргэжлээс үл шалтгаалах өвчинтэй холбоотой.

Таны энэ удаагийн нэхэмжлэл нь ❑ таны өөрийнх эсвэл ❑ гэр бүлийн гишүүний өвчлөл, бэртэл гэмтэлтэй холбоотой.

Та болон таны гэр бүлийн гишүүн ❑ эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлсэн ❑ амбулаториор эмчлүүлсэн ❑ гэрээр эмчлүүлсэн

Та өөрийн өвчлөл, гэмтэл бэртэлтэй холбоотой нөхцөл байдлын талаар дэлгэрэнгүй тайлбарлана уу.

Үйлдвэрлэлийн, үйлдвэрлэлийн бус ослын	огноо жж / сс / өө / цц	байршил
Та Түргэн тусламж эсвэл ямар нэгэн эмнэлэгт хандсан уу? ❑ ҮГҮЙ ❑ ТИЙМ бол холбогдох мэдээлэл өгнө үү:	Ослын үед ослын газар ямар нэгэн мэргэжлийн байгууллага очсон уу ? ❑ ҮГҮЙ ❑ ТИЙМ бол холбогдох хаяг:	Танд учирсан хохирлыг нотлох гэрч байгаа бол нэр, хаягийг өгнө үү:

Осолд буруутай этгээд байгаа бол мэдээллийг нь өгнө үү.

Овог нэр:

Холбогдох хаяг:

ДААТГАЛ КОМПАНИ

Эмчлэгч эмчийн тайлан (энэхүү хэсгийг Таны эмчлэгч эмч бөглөнө)

Эмнэлгийн нэр: Эмчлүүлэгчийн нэр:

Эмчийн нэр:

Холбогдох хаяг: *Утас:*

Онош:

Оношийн ОУ-ын шифр:

Хийгдсэн эмчилгээ/ хагалгаа/ сувилгаа:

Тухайн өвчлөл нь архаг хууч өвчний сэдрэл, хүндрэл эсэх**?** ❑ ҮГҮЙ ❑ ТИЙМ бол Та тайлбарлаж өгнө үү.

Таны үйлчлүүлэгчийн эмнэлэгт хандсан шалтгаан нь эрүүл мэндийн урьдчилсан сэргийлэх үзлэгтэй холбоотой эсэх? ❑ ҮГҮЙ ❑ ТИЙМ бол Та тайлбарлаж өгнө үү.

Тухайн өвчлөл нь дараах тохиолдлуудын аль нэгнээс үүдэлтэй юу? Үүнд: **гоо сайхны мэс засал; ХДХВ-ын халдвар, ДОХ-ын өвчлөл; бэлгийн замаар халдварлах өвчин,** эпидэми, пандем байдлаар тархсан халдварт өвчнүүд; зулбалт, үр хөндөлт, төрсний дараах асаргаа, сувилгаа, согтуурулах ундаа мансууруулах бодис хэрэглэснээс үүдсэн эсэх	❑ ҮГҮЙ ❑ ТИЙМ бол Та тайлбарлаж өгнө үү.

Өвчтөний тавилан: ❑ эдгэрсэн ❑ сайжирсан ❑ хөдөлмөрийн чадвар хагас алдсан ❑ хөдөлмөрийн чадвар бүрэн алдсан ❑ нас барсан

Хөдөлмөрийн чадвар түр алдсан хоног: Эхэлсэн: жж / сс / өө Дууссан: жж / сс / өө Нийт:

Хөдөлмөрийн чадвар алдсан хувь:

Эмчийн гарын үсэг: (*тамга*) *Огноо:* жж / сс / өө

Та хийлгэсэн шинжилгээ, эмчилгээ түүнтэй холбоотой гарсан зардлын талаар мэдээлэл өгнө үү.

Шинжилгээ, эмчилгээний жагсаалт:	Эмчилгээний зардлын мөнгөн дүн:
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
Нийт буюу Таны нэхэмжлэлийн хэмжээ:	**MNT**
Та дансны мэдээллээ өгнө үү? Банкны нэр:	Данс эзэмшигчийн нэр:
Дансны дугаар:	Картын дугаар:

Эм худалдан авсан эмийн сангийн нэр, хаяг:

НЭХЭМЖЛЭЛ ГАРГАГЧИЙН МЭДҮҮЛЭГ:

Би үнэн зөв, бүрэн гүйцэд мэдүүлснээ баталж байна. Би өөрийн нөхөн төлбөрийн нэхэмжлэлийн асуудлыг шийдвэрлүүлэх зорилгоор миний эрүүл мэнд, эмчилгээтэй холбоотой бүхий л мэдээллээр Ард Даатгал компанийг хангаж байх эрхийг холбогдох байгууллагын удирдлага, ажилтнууд, эмч, гэрчид олгож байна.

Гарын үсэг: Огноо: он сар өдөр

Нэхэмжлэл гаргагчийн нэр: