НОМИН ДААТГАЛ insur

ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ДААТГАЛЫН НӨХӨН ТӨЛБӨРИЙН МЭДҮҮЛЭГ

Даатгуулагчийн талаархи мэдээлэл:

Овог..... Нэр: ..... Регистер №.....

Утасны дугаар: ..... Гэрийн хаяг: .....

Ажлын газрын мэдээлэл /албан тушаал/.....

Даатгалын тохиолдлын төрөл: .....

☐ Ердийн өвчлөл ☐ Гэнэтийн осол ☐ Бусад

Тохиолдлын талаархи мэдээлэл:

Шинж тэмдэг, зовиур илэрсэн огноо: ...../ ...../ ..... / он, сар, өдөр /

Өвчлөлийн шинж тэмдэг хэзээ илэрсэн, зовиурын талаар тодорхой дурдана уу:

Өвчлөл, гэмтлийн тухай мэдээлэл:

Ерөнхий онош: **Оношийн шифр:**

Архаг хууч өвчлөл эсэх: ☐ Тийм ☐Үгүй

Хийгдсэн эмчилгээ:

Эмнэлгийн нэр: **Эмчлэгч эмчийн утас:**

Эмчийн гарын үсэг /тамга/ ..... /

Эмнэлэг, эмчилгээний зардал: / EBarimt-аар мөнгөн дүн бичих/.....₮

Нөхөн төлбөр авах данс, хүлээн авагчийн мэдээлэл:

Овог: **Нэр:** **Регистрийн №:**

Гэрийн хаяг: **Банкны нэр:** **Дансны дугаар:**

Тохиолдлын талаар мэдэгдсэн эсэх/хэзээ яаж мэдэгдсэн талаар/**:** .....

Хүсэлт гаргасан: ..... / Огноо 20.../...../.....

Гарын үсэг/...../ **Материал бүрдсэн огноо** / Огноо:20.... /..... /.....

МЭДҮҮЛГИЙН ХУУДСЫГ АСУУЛТЫН ДАГУУ БҮРЭН ГҮЙЦЭТ БӨГЛӨНӨ ҮҮ