

9)9.\$%) *-'7) *'*) 9,yy' (9) \$%) . '7)
)w1w) .w' w,\$%) w, w '\$%) (; .

<<N?OOG<?S . @<L<<Q HY@YYGGDE? =D@YI@ zIYI Cx> ?<L

. // ' 3\$%) (9 99'9'
wL?x@xG ?<L?<?SDEI J>J? IYL 9LQYGB =OE <BDG
wL?x@xG ?<L?<?S IX <<N?OOG<?S<<M xxL YN?YY@ /N<MIW @O?<< [REDACTED]
=JG @<<N?OOG<?SN<E [H<L Q<H<<L<GN<E =JGJQ
1<[? _____ QJN <EH<? _____ @zzLY? MOH /N<MIW @O?<< [REDACTED]
_____ QJLJJGJG ?O@<HB QJN QJLJJ =<? [<L<GN<E zA@ QJG=JJ =<LDQ
_____ =<EL NJJN

.<IW YIY O@<<?DEI IYQYHB@x@x@x@x> [REDACTED] yEG@>YLGYG [REDACTED] JMJG OM<@ [REDACTED]
QOEI J [REDACTED] (YL?YBGTYGN?<<G<Q [REDACTED] >SDI

1x@xGHxLDEI S<@><L <G@M<I QO?<R<< BBBB BBBB BBBB BBBB BBBB BBBB BBBB BBBB BBBB BBBB

w 3'w' 9(.9'\$%) ./1 %YLQYI ?YHNYB =YLNMYI NOQ<E 9- 9' QY<Q@H@L@E J>HSDG@YLODYB?YMYI NOQ<E @YG?YLYI?zE =D

[Empty box]

9,3\$%) ./1 %MJG ?YHNYGDEI zA@ NJQDJG@NGWQ QzLM-DIE zQ@YHY@YYGGDE? x?Ix zz
YLSDEI J>J? IYL 1<[? _____
,A?DMNLDEI @O?<<L /N<MIW @O [REDACTED]

9(3\$%) . %')
9HIYG?DEI IYL 9HIYG?DEI Q<[? _____
9HSDEI IYL _____ /N<MIW @O [REDACTED]

9(3\$%) . %')
\$GYLMYI TDIB NYH@Y? x>SNxIDE =DADEI =<E@<G
1DE?@MYI YHSDG?YY
*IJT
*IJTDEI TDPL
1x@xGHxLDEI S<@><L <G@<GNWI QO>X

. (9HIYG?DEI

9HSDEI N<H?< ?<LWI zMY? _____
*?IJJ *I -<L w@xLBBBBBB BBBB BBBB BBBB

**ГЭНЭТИЙН ОСЛЫН БОЛОН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ДААТГАЛЫН
НӨХӨН ТӨЛБӨРИЙН ӨРГӨДЛИЙН МАЯГТ
Даатгуулагч та дараах мэдээллийг үнэн зөв гаргацтай бөглөж өгнө үү**

ТА ӨВЧЛӨЛ/ГЭМТЭЛТЭЙ ХОЛБОГДОН ГАРСАН ЗАРДЛАА БИЧНЭ ҮҮ:

№	Зардлын нэр: /эмчилгээ, шинжилгээг жагсаан бичнэ/	Мөнгөн дүн:
1	Амбулаторийн үзлэг, шинжилгээ	
2		
3		
4	Хэвтэн эмчлүүлсэн зардал	
5		
6	Бусад	
7		
Нийт нэхэмжлэлийн хэмжээ:		төгрөг

БАНКНЫ МЭДЭЭЛЭЛ

Дараах данс нь: Өргөдөл гаргачийн данс: Байгууллагын данс: Бусад:

Данс эзэмшигчийн нэр: _____ Хүлээн авагч нь өөр хүний данс бол хэний данс болох даатгуулагчтай ямар холбоотой болохыг бичнэ үү:

Банкны нэр: _____

Дансны дугаар: _____

ТА ХҮЛЭЭЛГЭН ӨГСӨН МАТЕРИАЛЫНХАА АРД ТЭМДЭГЛЭГЭЭГ ХИЙНЭ ҮҮ.

№	Хүлээлгэн өгсөн материалын жагсаалт	Даатгуулагч
1	Компанийн албан бичиг /гэрээ компанийн нэр дээр бол/	<input type="checkbox"/>
2	Даатгалын Гэрээт баталгаа /гэрээ хувь хүнээр бол/	<input type="checkbox"/>
3	Иргэний үнэмлэхний хуулбар, ажлын газрын үнэмлэхний хуулбар	<input type="checkbox"/>
4	Эмнэлгийн магадлагаа /эх хувь/	<input type="checkbox"/>
5	Эмнэлгийн хуудасны хуулбар /лист/	<input type="checkbox"/>
6	Хөдөлмөрийн чадвар алдсан тухай шийдвэр, дүгнэлт	<input type="checkbox"/>
7	Эмчилгээний карт /хуулбар/	<input type="checkbox"/>
8	Эмчилгээ, шинжилгээний зардлын баримт /эх хувь/	<input type="checkbox"/>
9	Эм, тарианы зардлын баримт /эх хувь/	<input type="checkbox"/>

МЭДҮҮЛЭГ:

Би үнэн зөв, бүрэн гүйцэд мэдүүлснээ баталж байна. Би өөрийн нөхөн төлбөрийн хүсэлтийг шийдвэрлүүлэх зорилгоор миний хохиролтой холбоотой бүхий л мэдээллээр "ТЭНГЭР ДААТГАЛ" ХХК-ийг хангаж байх эрхийг холбогдох байгууллагын удирдлага, ажилтнууд болон гэрчид олгож байна.

МЭДЭГДЭЛ:

Таны нөхөн төлбөрийн хүсэлтийг Даатгалын гэрээний дагуу ажлын 14 хоног хүртэлх хугацаанд шийдвэрлэнэ. Та өөрт хадгалагдах гэрээний нөхцөлийг сайтар уншиж судлана уу. Лавлах утас: 11-313111, 1800-1889

ӨРГӨДӨЛ ГАРГАСАН:

Даатгуулагч/төлөөлөгч: _____ Он, Сар, Өдөр: ____/____/____
/Доогуур зураг/ /гарын үсэг/

КОМПАНИЙН ХЭРЭГЦЭЭНД:

Дуудлага өгсөн он, сар, өдөр: ____/____/____ цаг: ____ : ____

Дуудлага шилжүүлсэн хэлбэр: Дуудлагын ажилтан: Салбарын ажилтан: Шууд материал бүрдүүлэн ирсэн:

АвтоСОС: Утсаар зөвлөгөө өгсөн:

Материал хүлээн авсан ХҮМ: _____ Он, Сар, Өдөр ____/____/____ цаг: ____ : ____