

Бүрдүүлэх
материал:

- Эмчийн онош Эмчлүүлэгчийн карт
 И-баримт Шинжилгээний хариу

ДААТГУУЛАГЧИЙН ҮНДСЭН МЭДЭЭЛЭЛ /		GENERAL INFORMATION OF INSURED	
Овог <i>Last name</i>		Регистрийн дугаар <i>ID or Passport number</i>	
Нэр <i>First name</i>		Утасны дугаар <i>Phone Number</i>	
Гэрийн хаяг <i>Home Address</i>			
Даатгалын төрөл	<input type="checkbox"/> Хувь хүн / Гэр бүлийн даатгал <i>Individual/ family insurance</i>	<input type="checkbox"/> Байгууллагын даатгал <i>Organization insurance</i>	
Байгууллагын нэр <i>Хэрэв байгууллага бол Organization Name :</i>			
Банкны нэр <i>Bank name</i>		Данс эзэмшигчийн нэр <i>Bank account name</i>	
Нэхэмжилж буй мөнгөн дүн <i>Claim amount</i>		Дансны дугаар <i>Bank account number</i>	

МЭДҮҮЛЭГ:

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. Миний бие даатгалын нөхөн олговортой холбоотой мэдээллийг үнэн зөв болохыг баталж байна. Хэрэв шаардлагатай тохиолдолд Амар Даатгал ХХК үйлчлүүлсэн эмнэлэг болон эмчтэй холбогдож нэмэлт тодруулга авч болохыг зөвшөөрч байна.

Даатгуулагчийн гарын үсэг / _____ /

Огноо / _____ /

1. Танд ямар зовиур илэрсэн учраас эмчид хандсан бэ?

3. Учирсан гэмтэл, өвчлөл

2. Тухайн зовиурууд хэзээнээс илэрч эхэлсэн бэ?

4. Цаашид хийгдэх эмчилгээ, үйлчилгээ

ЭМЧ БӨГЛӨХ ХЭСЭГ

ЭМЧИЛГЭЭНИЙ МЭДЭЭЛЭЛ /		MEDICAL INFORMATION	
Эрүүл мэндийн нөхцөл байдал болон онош/ <i>Medical condition & Diagnosis:</i>			
Өвчний олон улсын код <i>ICD code</i>		Эмнэлгийн нэр <i>Hospital name</i>	
Эмчийн нэр <i>Name of physician</i>		Эмчийн утасны дугаар <i>Phone number</i>	
Эмчийн гарын үсэг <i>Physician signature</i>			