



ДААТГАЛЫН ТӨРӨЛ / TYPE OF INSURANCE:

- Эрүүл мэндийн даатгал / Health insurance
- Гэнэтийн ослын даатгал / Personal accident insurance
- Гадаадад зорчигчийн даатгал / Travel insurance (International)
- Монголд аялагчийн даатгал / Travel insurance for visitors (Mongolia)

ДААТГУУЛАГЧ БӨГЛӨХ ХЭСЭГ / TO BE FILLED BY INSURED

1. Даатгуулагчийн мэдээлэл / Patient information

- 1.1 Даатгуулагчийн байгууллагын нэр/Name of the organization:
- 1.2 Даатгуулагчийн овог нэр/Full name:
- 1.3 Регистрийн дугаар/Registration number:
- 1.4 Яаралтай үед холбоо барих хүн/Emergency contact:
- 1.5 Утасны дугаар/Tel number:
- 1.6 И-мэйл хаяг/E-mail:

2. Эмчлүүлэгчийн биеийн байдлын талаарх мэдээлэл / Medical information

- 2.1 Одоо илэрч буй зовиур/Current symptoms: .....
- 2.2 Зовиур анх хэзээнээс эхэлсэн болох/Date of first consultation: .....

3. Даатгуулагчийн банкны мэдээлэл / Payment details

- 3.1 Банкны нэр/Bank name:
- 3.2 Данс эзэмшигчийн овог нэр/Name of Account Holder:
- 3.3 Дансны дугаар/ Account number:

4. Төлбөрийн талаарх мэдээлэл / Fee details

- 4.1 Өрөөний төлбөр/Room fee:
- 4.2 Оношилгоо шинжилгээний төлбөр/Examination fee:
- 4.3 Эмийн төлбөр/Medication, drug expenses:
- 4.4 Мэс заслын төлбөр/Surgery fee:
- 4.5 Нийт төлбөр/Total:

ЭМНЭЛЭГ / ЭМЧ БӨГЛӨХ ХЭСЭГ / TO BE FILLED BY TREATING PHYSICIAN / HOSPITAL

Дээрх мэдээлэл болон зөвшөөрөл олгох хэсэгтэй танилцан гарын үсгээ зурж баталгаажуулна уу

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 "Иншүрко Даатгал" ХХК үйлчлүүлсэн эмнэлэг болон эмчтэй холбогдож нэмэлт тодруулга авч болохыг зөвшөөрч байна.

The health-related materials you have provided are protected under the Personal Privacy Law of Mongolia, and we will strictly maintain the confidentiality of your personal information. I hereby confirm the accuracy of the information related to the insurance claim. I hereby authorize Insurco Insurance LLC to contact the medical facility or healthcare provider with whom I was treated, if necessary, to obtain any additional information or clarification.

Даатгуулагчийн гарын үсэг /Insurer's signature/

Огноо / Date

1. Эмнэлгийн мэдээлэл / Hospital information

- 1.1 Эмнэлгийн нэр/Name of Hospital:
- 1.3 Утасны дугаар/Tel number:

2. Өвчтөний мэдээлэл / Patient information

- 2.1 Өвчтөний биеийн байдал, илэрсэн шинж тэмдэг/Symptoms: .....
- 2.2 Өвчний онош(ICD-10)/Diagnosis: .....
- 2.3 Өвчний10-р ангиллын код/ICD 10 code: .....
- 2.4 Хийгдсэн эмчилгээний талаарх мэдээлэл/Details of treatments: .....

Эмчилгээ хийгдсэн огноо/ Date of Treatment	Эмнэлэгт хэвтсэн огноо /Date of hospitalization/	Эмнэлгээс гарсан огноо /Date of discharge/	Нийт хоног/Total days/
...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	.....

Эмчийн гарын үсэг /  
Physician's signature:

Тамга /Physician's seal:

Огноо / Date

Нөхөн төлбөрийн материалыг энэ хаяг руу илгээнэ үү / Send the claims form to

claim@insurco.mn