

ХӨДӨЛМӨРИЙН ЧАДВАР ТҮР АЛДАЛТЫН ДААТГАЛ

НӨХӨН ТӨЛБӨРИЙН МАЯГТ

Та нэхэмжлэл гаргахдаа дараах зүйлийг анхаарна уу:

- даатгалын гэрээ болон гэрээт баталгаан дээр бичигдсэн нөхцлүүдийг сайтар уншиж судлана уу
- гэрээт баталгаан дээр Таны мэдээлэл үнэн зөв байгааг шалгана уу
- гэрээт баталгаагаа найдвартай газар хадгална уу
- гарсан зардлуудынхаа баримтуудыг хадгална уу
- энэ маягтыг үнэн зөв бөглөнө үү

Нөхөн төлбөрөө түргэн шийдвэрлүүлэхийн тулд Та болсон явдлыг баримтжуулж нэхэмжлэлийг баталгаажуулах дараах материалуудаас бүрдүүлж эх хувийг нь хавсаргасан байх шаардлагатай. Үүнд: 1. Гэрээт баталгаа 2. Эмнэлгийн байгууллагын магадлагаа 3. Эмчилгээний карт 4. Эмнэлгийн хуудас 6. Бусад

Гэрээний дугаар: _____ Гэрээ эхэлсэн хугацаа: жж / сс / өө дуусах хугацаа: жж / сс / өө

Даатгуулагчийн овог: _____ Нэр: _____

Регистрийн дугаар: _____ Утас: _____ Мобил: _____

Холбогдох хаяг: _____

ХӨДӨЛМӨРИЙН ЧАДВАР ТҮР АЛДАЛТЫН ТУХАЙ:

Хөдөлмөрийн чадвараа алдсан хоног: : жж / сс / өө - НЭЭС : жж / сс / өө хүртэл

Танд юу тохиолдсон тухайгаа Та дэлгэрэнгүй бичнэ үү:

Та ямар эмчилгээ хийлгэсэн бэ? : _____

ХЭРВЭЭ ТА МЭРГЭЖЛИЙН БАЙГУУЛЛАГАД ХАНДСАН БОЛ ДАРААХ ХҮСНЭГТИЙГ БӨГЛӨНӨ

Та түргэн тусламжинд хандсан уу? (Тийм эсвэл Үгүй) : _____
Та эмнэлэгт эсвэл өөр мэргэжлийн байгууллагад хандсан уу? (Тийм эсвэл Үгүй) : _____
ТИЙМ бол дараах мэдээллийг өгнө үү:
Хандсан цаг хугацаа: Цаг Огноо: жж / сс / өө
Хандсан газар : Эмчийн нэр:
Холбогдох хаяг: Утас: _____

ХЭРВЭЭ ТАНД УЧИРСАН ХОХИРЛЫГ НОТЛОХ ГЭРЧ БАЙГАА БОЛ ТА ДАРААХ ХҮСНЭГТИЙГ БӨГЛӨНӨ

Гэрчийн овог нэр: _____

Холбогдох хаяг: _____ Утас: _____

ЭМЧЛЭГЧ ЭМЧИЙН ТАЙЛАН:

Эмнэлгийн нэр: (тамга) _____

Эмнэлгийн хаяг: _____ Утас: _____

Онош: _____

Хийгдсэн эмчилгээ/ хагалгаа/ сувилгаа: _____

Өвчтөний тавилан: _____

Эмч нарын зөвлөгөөнөөр шийдвэрлэсэн өвчтөний хөдөлмөрийн чадвар алдалтын хувь: _____

Тухайн өвчлөл согтууруулах ундаа, мансууруулах бодис, хориотой эм тариа хэрэглэсэнтэй холбоотой эсэх?

(Гийм эсвэл Үгүй) : _____

Хэрвээ ТИЙМ бол Та тайлбарлаж өгнө үү _____

Тухайн өвчлөл архаг хууч өвчний хүндрэл, сэдрэл эсэх?

(Гийм эсвэл Үгүй) : _____

Хэрвээ ТИЙМ бол Та тайлбарлаж өгнө үү _____

Эмчийн гарын үсэг: _____ Огноо: жж / сс / өө

Эмчийн овог нэр: (тамга) _____ Утас: _____

НӨХӨН ТӨЛБӨР: Та нөхөн олговрыг ямар хэлбэрээр хийгдэхийг хүсэж байна вэ?

Чек Бэлнээр (мөнгөний нэгж)

эсвэл Банкаар – Банкны нэр: _____ Банк байрлах улс: _____

Дансны дугаар: _____ Данс эзэмшигчийн нэр: _____

ӨРГӨДӨЛ ГАРГАГЧИЙН АНХААРАЛД:

Таны бүрдүүлж өгсөн нэхэмжлэл болон бусад материалууд хохирлыг нотлох шаардлагыг хангасан байх хэрэгтэй.

Бид шаардлагатай гэж үзвэл ажлын цагаар нөхөн төлбөртэй холбогдсон Таны нэхэмжлэл, баримтуудыг шалгах эрхтэй болно.

Таны нэхэмжлэлийг шийдвэрлэхэд Та бидэнд ажлын 14 хоногийн хугацаа өгнө үү.

ӨРГӨДӨЛ ГАРГАГЧИЙН МЭДҮҮЛЭГ:

Би үнэн зөв мэдүүлснээ баталж байна. Би өөрийн нөхөн олговрын асуудлыг шийдвэрлүүлэх зорилгоор надад учирсан хохирол болон миний эрүүл мэнд, эмчилгээтэй холбоотой бүхий л мэдээллээр Практикал Даатгал Компанийг хангаж байх эрхийг холбогдох байгууллагын удирдлага, ажилтнууд болон гэрчид олгож байна.

Гарын үсэг: _____ Огноо: жж / сс / өө

Өргөдөл гаргагчийн нэр: _____