

ОЛОН УЛСЫН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ДААТГАЛЫН ХҮСЭЛТИЙН МАЯГТ
APPLICATION FORM FOR INTERNATIONAL HEALTH INSURANCE

(Ажил олгогч байгууллага бөглөнө/To be filled by the Employer)

ДААТГУУЛАХ ХҮСЭЛТ ГАРГАГЧ АЖИЛ ОЛГОГЧ БАЙГУУЛЛАГА нь энэхүү асуулгын хуудас дээрх мэдээллийг үнэн зөв бөглөх бөгөөд мэдээллийг дутуу, худал мэдүүлсэн тохиолдолд даатгалд хамрагдах эрх цуцлагдах, даатгалын гэрээг хүчингүйд тооцох болон даатгалын хураамжийг буцаахгүй болохыг анхаарна уу/ALL INFORMATION GIVEN IN THIS APPLICATION FORM BY THE EMPLOYER COMPANY WHO REQUESTS HEALTH INSURANCE MUST BE TRUE AND CORRECT. PLEASE NOTE, FALSE INFORMATION PROVIDED WITH YOUR APPLICATION WILL RESULT IN YOUR APPLICATION BEING REFUSED AND NO PREMIUM SHALL BE REFUNDED.

A. АЖИЛ ОЛГОГЧ БАЙГУУЛЛАГЫН МЭДЭЭЛЭЛ/EMPLOYER INFORMATION

Хуулийн этгээдийн нэр/Company Name:

Байгууллагын регистрийн дугаар/Company Registration Number:

Хуулийн этгээдийн хаяг/Address:

Холбоо барих утас/Telephone number:

B. АЖИЛ ОЛГОГЧ БАЙГУУЛЛАГЫГ ТӨЛӨӨЛЖ БҮЙ АЖИЛТНЫ МЭДЭЭЛЭЛ/ COMPANY REPRESENTATIVE INFORMATION

Төлөөлөгчийн нэр/Name:

Албан тушаал/Position:

Утасны дугаар/Contacts:

Цахим хаяг/Email Address:

C. ӨМНӨХ ДААТГАЛЫН ТҮҮХ/INSURANCE HISTORY

Өмнө нь эрүүл мэндийн(ижил төстэй) даатгалд хамрагдаж байсан эсэх?/Have you previously had an insurance from any other insurance company?

ТИЙМ/YES

ҮГҮЙ/NO

Хэрэв тийм бол/if YES ...

1. Даатгалын компанийн нэр/Insurance company: _____
2. Даатгалын төрөл/Type of insurance: _____
3. Даатгуулсан жил/Years insured: _____
4. Даатгалын хураамж/Insurance premium: _____
5. Даатгалд хамрагдаж байсан ажилтны тоо/
Number of employees insured: _____
6. Даатгалын нөхөн төлбөр авч байсан ажилтны тоо/
Number of employees who had claims: _____
7. Нийт гарсан нөхөн төлбөрийн дүн/Total claim amount: _____

D. ДААТГАЛД ХАМРАГДАХ ДААТГУУЛАГЧДЫН МЭДЭЭЛЭЛ/INFORMATION ON INSURED

Даатгуулах даатгуулагчдын тоо/Number of insured:

Даатгалын гэрээ хийгдэх үед ямар нэг шалтгаанаар ажлаа хийгээгүй/өвчтэй,чөлөөтэй/хүн байгаа эсэх?/Any person missing during the period while the insurance policy is signed /sick, on holiday?/

ТИЙМ/YES

ҮГҮЙ/NO

Сүүлийн 1-3 жилийн хугацаанд жилд 2 долоо хоног ба түүнээс дээш хугацаагаар өвчний шалтгаанаар ажлаас чөлөө авч байсан хүн байгаа эсэх?/Any person with sick leave for 2 weeks or more in the last 1-3 years?

ТИЙМ/YES

ҮГҮЙ/NO

Хэрэв дээрх асуултнуудад "тийм" гэж хариулсан бол хавсралт 2-ийн дагуу дэлгэрэнгүй мэдээллийг бичнэ үү/ Please provide details for any YES answer according to attachment 2

E. ДААТГАЛТАЙ ХОЛБООТОЙ МЭДЭЭЛЭЛ/INSURANCE INFORMATION

Сонирхож буй даатгалын багц/Insurance plan:	Бүс нутгийн сонголт/Area:
Даатгалд хамрагдах нийт хүмүүсийн мэдээллийг хавсралт 1-ын дагуу excel файлаар ирүүлнэ үү/ Please send detailed information of all insured in excel file as in attachment 1.	
Даатгалын гэрээ эхлэх хугацаа/Insurance start date:	Бусад/Other:
ДААТГУУЛАГЧИЙН МЭДЭГДЭЛ/INSURED EMPLOYEE DECLARATION	
<i>Дээр бичсэн мэдээллүүдийг үнэн зөв, бүрэн болохыг үүгээр баталгаажуулж байна. I CERTIFY THAT THE INFORMATION GIVEN HERE IS TRUE, CORRECT AND COMPLETE TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE.</i>	
Гарын үсэг/Signature:	
Огноо/Date:	

Attachment 1

№	Insured full name	DOB	Sex	Registration number	Current workplace/position	Information on family members		
						Full name	Registration number	Spouse/Child
1								
2								
3								
4								

Attachment 2

№	Insured full name	DOB	Sex	Reason for absence at the work during the insurance negotiation, period	Diagnosis for previous illness, period	
1						
2						
3						