

ХУВЬ ХҮН, ГЭР БҮЛИЙН ГИШҮҮДЭД ЗОРИУЛСАН ДААТГАЛЫН ОЛОН УЛСЫН ӨРГӨДЛИЙН МАЯГТ

GLOBAL HEALTHCARE APPLICATION FORM FOR INDIVIDUAL AND FAMILY MEMBERS

Чухал мэдэгдэл/Important notes:

- Бодь Даатгал ХХК-тай байгуулах "BODI+ Global Healthcare" Эрүүл мэндийн даатгалд хамрагдах өргөдлийн маягтыг бөглөхөөс өмнө манай Харилцагчийн үйлчилгээний багтай холбогдон зөвлөгөө авна уу. Харилцагчийн үйлчилгээний баг танд гэрээнд тусгагдсан бүх нөхцлийг танилцуулах буюу Гэрээг олгох болно. Та энэхүү өргөдлийн маягт болон гэрээний зүйл заалт, нөхцөлтэй сайтар танилцаж хүлээн зөвшөөрсөн байх ёстой.**

You can seek our Customer Service Team advice before completing this application for BODI+ Global Healthcare with Bodi Insurance LLC. Our Customer Service Team can provide you with the Policy contract that will provide you the full terms and conditions. You will be deemed to have understood and agree with the terms and conditions of the Policy and this application form.
- Даатгалын тухай хууль болон түүнтэй холбогдон гарсан нэмэлт өөрчлөлтийн хүрээнд гэрээнд тусгагдах эрсдлийн талаарх мэдэж болох бүхий л баримт мэдээллийг та үнэн зөв, бүрэн гүйцэд хариулах шаардлагатай бөгөөд эс бөгөөс уг гэрээг хүчин төгөлдөр бус гэж үзнэ.**

Under Insurance Law or any subsequent amendment, you are required to disclose fully and faithfully all the facts you know or ought to know in respect of the risk that is being applied for all the persons to be insured, otherwise, policy issued here shall be void.
- Өргөдөл гаргагч нь (цаашид "үндсэн даатгуулагч" гэх) даатгалд хамрагдаж буй хүмүүсийн (цаашид "хамтран даатгуулагч" гэх) даатгуулах ашиг сонирхлыг бүрэн төлөөлж гэрээнд оролцох бөгөөд эс бөгөөс энэхүү гэрээг хүчин төгөлдөр бус гэж үзнэ.**

An applicant (or also known as 'policyholder') shall own the insurable interest to all the persons to be insured (or known as 'member(s)'), otherwise, policy issued here shall be void.
- Энэхүү өргөдлийн маягт нь өргөдөл гаргагч болон Бодь Даатгал ХХК-ийн хооронд байгуулагдах даатгалын гэрээний чухал бүрэлдэхүүн хэсэг юм. Хар болон цэнхэр өнгийн үзгээр Монгол эсвэл Англи дармал үсгээр маягтыг бөглөх ба ямарваа нэг өөрчлөлт хийгдэхээр бол талууд дахин гарын үсэг зурж баталгаажуулна. Өргөдөл гаргагч болон аливаа даатгуулагчийн гарын үсэг заавал зурагдсан байх ёстой.**

This application form is an important part of this insurance contract between the applicant and Bodi Insurance LLC. Please fill it in Mongolian or English block letters with blue or black ink, and any alternation or amendment must be counter-signed. There must be handwritten signature of the applicant and the person(s) to be insured.
- Бүх асуултанд бүрэн гүйцэд, үнэн зөв хариулан, зохих хэсэгт зөв сонголтыг хийж бөглөнө үү. Тухайн асуултанд хариулаагүй бол хариултыг "Үгүй" хэмээн тооцно.**

Please complete this form by answering carefully all the questions and tick the squares where appropriate. Any question not answered in this form will be taken as 'No'.
- Гэрээ цуцлагдах, даатгалын хамгаалалт үйлчлэхгүй болсон тохиолдолд Гэрээнд тусгагдсан холбогдох заалт, нөхцлийн дагуу хураамжийг буцаан олгоно.**

For cancellation/termination of this Policy or coverage for member, premium will be refunded according to the terms and conditions stated in the Policy.
- "Шууд Төлбөрийн Үйлчилгээ" – ний хамгаалалтанд багтаа эмнэлэг/үйлчилгээ үзүүлэгч байгууллагатай гаргасан бидний төлбөрийг үндсэн даатгуулагч нь хүлээн зөвшөөрөх үүрэгтэй. Тус хамгаалалтанд зөвшөөрөгдөөгүй зардлыг үндсэн даатгуулагч эсвэл хамтран даатгуулагч төлөх үүрэгтэй.**

For the 'direct billing service' benefit, the policyholder is obligated to agree to the amount agreed by us with the hospital/provider. Any ineligible expenses would have to be paid by the policyholder or the member.
- Хэрэв аливаа хамтран даатгуулагч байнгын оршин суух улсаа сольсон бол нэн даруй бидэнд мэдэгдэнэ үү. Энэ тохиолдолд бид хураамжид өөрчлөлт хийх эсвэл тухайн хамгаалалтыг зогсоох арга хэмжээг авах эрхтэй.**

Please inform us immediately if any member changes the Principal Country of Residence. We reserve the right to adjust the premium or not to continue the cover.
- Өргөдөл гаргагч болон даатгалд хамрагдаж буй хүмүүсийн хүчин төгөлдөр паспорт/цахим үнэмлэхийн хуулбарыг өгнө үү.**

Please provide a copy of the valid passport/identification (ID) for the applicant and all the persons to be insured.
- Англи болон Монгол хэл дээрх гэрээний хооронд ямар нэгэн зөрүү гарсан тохиолдолд Монгол гэрээ нь давуу эрхтэй болно.**

Should there be any inconsistency between Mongolian and English versions, the Mongolian version shall prevail.

ИХЭСЭГ: ҮНДСЭН ДААТГУУЛАГЧ/ӨРГӨДӨЛ ГАРГАГЧИЙН ДЭЛГЭРЭНГҮЙ МЭДЭЭЛЭЛ

(таны хувийн мэдээлэл болон хаягт аливаа өөрчлөлт орсон бол бидэнд мэдэгдэнэ үү)

PART 1: PARTICULARS OF THE APPLICANT/POLICYHOLDER (please keep us informed if there is any change in your address or personal detail)

| | | | |
|--|---|--|--|
| Овог/Family name & Surname: | | Нэр/First name & Given name: | |
| Хүйс/Gender: | <input type="checkbox"/> Эрэгтэй/Male <input type="checkbox"/> Эмэгтэй/Female | Төрсөн огноо/Date of birth: . . өдөр/day, . . сар/month, 20 . . он/year | |
| Байнгын оршин суугаа улс**/ Principal country of residence**: | | Үндэстэн/Nationality: | |
| Регистрийн дугаар/Passport or ID no: | | Гэрлэлтийн байдал/Marital status: <input type="checkbox"/> Гэрлэсэн/Married <input type="checkbox"/> Ганц бие/Single | |
| Эрхэлдэг ажил/Occupation & Job title: | | Салбар/Industry: | |
| И-мэйл/E-mail: | Утасны дугаар/Mobile No: | Бусад харилцах дугаар/Alternative contact no: | |
| Хот/City: | Дүүрэг/Province: | Шуудангийн код/Postal code: | |
| Монгол Улс дахь Байнгын Оршин Суугаа хаяг*/Residential address in Mongolia*: | | | |
| Одоогийн байгаа хаяг/Correspondence address: | | | |

*Одоогийн байгаа хаяг гэсэн хэсэг бөглөгдөөгүй тохиолдолд бүх холбогдох мэдээлүүд таны байнгын оршин суугаа хаяг руу илгээгдэнэ гэдгийг анхаарна уу.
 *All correspondences will be sent to the residential address unless you have completed the correspondence address.

II ХЭСЭГ: ГОЛ ДААТГУУЛАГЧ БОЛОН ДААТГАГДАГЧИЙН МЭДЭЭЛЭЛ

PART 2: MAIN INSURED AND DEPENDANTS TO BE COVERED

| Гол даатгуулагчийн дэлгэрэнгүй мэдээлэл/Main Insured's details | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|-------------------------|--|--|
| Овог Family name & Surname | Нэр First name & Given name | Паспорт эсвэл Регистрын Дугаар Passport or ID | Хүйс/Gender: | Гол даатгуулагчтай холбоотой байдал Relationship to the Main Insured | Төрсөн огноо Date of birth | Иргэншил Nationality | Байнгын оршин суугаа улс** Principal country of residence** | Эрхэлдэг ажил, Албан тушаал Occupation, Job title |
| | | | <input type="checkbox"/> Эр/Male <input type="checkbox"/> Эм/Female | | . . өдөр/day, . . сар/month, 20 . . он/year | | | |
| Даатгалын хамгаалалтанд багтсан даатгагдагчдын тоо: () Total no. of dependants to be covered: () | | | | | | | | |
| | Даатгагдагч 1 Dependant 1 | Даатгагдагч 2 Dependant 2 | Даатгагдагч 3 Dependant 3 | Даатгагдагч 4 Dependant 4 | | | | |
| Овог/Family name & Surname | | | | | | | | |
| Нэр/First name & Given name | | | | | | | | |
| Паспорт эсвэл Регистрын Дугаар Passport or ID No | | | | | | | | |
| Хүйс/Gender | <input type="checkbox"/> Эр/Male <input type="checkbox"/> Эм/Female | <input type="checkbox"/> Эр/Male <input type="checkbox"/> Эм/Female | <input type="checkbox"/> Эр/Male <input type="checkbox"/> Эм/Female | <input type="checkbox"/> Эр/Male <input type="checkbox"/> Эм/Female | | | | |
| Гол Даатгуулагчтай холбоотой байдал Relationship to the Main Insured | <input type="checkbox"/> Эхнэр, Нөхөр/Spouse <input type="checkbox"/> Хүүхэд/Child | <input type="checkbox"/> Эхнэр, Нөхөр/Spouse <input type="checkbox"/> Хүүхэд/Child | <input type="checkbox"/> Эхнэр, Нөхөр/Spouse <input type="checkbox"/> Хүүхэд/Child | <input type="checkbox"/> Эхнэр, Нөхөр/Spouse <input type="checkbox"/> Хүүхэд/Child | | | | |
| Төрсөн огноо/Date of birth | . . өдөр/day, . . сар/month, 20 . . он/year | . . өдөр/day, . . сар/month, 20 . . он/year | . . өдөр/day, . . сар/month, 20 . . он/year | . . өдөр/day, . . сар/month, 20 . . он/year | | | | |
| Иргэншил/Nationality | | | | | | | | |
| Байнгын оршин суугаа улс** Principal country of residence** | | | | | | | | |
| Эрхэлдэг ажил Occupation / Job title | | | | | | | | |
| ** Даатгагдагч нь тухайн улс оронд 185 хоног буюу түүнээс дээш хугацаагаар оршин суугаа бол бидний бүртгэлийн дагуу байнгын оршин суугаа хаяг гэж үзнэ. **The country where the person to be covered lives or intend to live for most of the year being 185 days or more and which will be shown as the address and place of residence in our records. | | | | | | | | |

III ХЭСЭГ: ДААТГАЛЫН БАГЦ БОЛОН ДААТГАЛЫН ХАМГААЛАЛТЫН ХАМРАХ ХҮРЭЭНИЙ СОНГОЛТ

PART 3: CHOICE OF PLAN AND AREA OF COVER

| Хамрах хүрээ Area of Cover | Монгол Mongolia | Ази Asia | Дэлхий дахинд (АНУ орохгүй) Worldwide excl. USA | Дэлхий дахинд (АНУ орохгүй) Worldwide excl. USA | Дэлхий дахинд Worldwide |
|-------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|---|---|----------------------------------|
| Багц/Plan | <input type="checkbox"/> Basic | <input type="checkbox"/> Standard | <input type="checkbox"/> Smart | <input type="checkbox"/> Special | <input type="checkbox"/> Premium |

IV ХЭСЭГ: ОДОО БОЛОН ӨМНӨ НЬ БАЙСАН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ДААТГАЛЫН ТАЛААРХ МЭДЭЭЛЭЛ

PART 4: EXISTING OR PREVIOUS HEALTH AND OTHER INSURANCE

| | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 4.1. Гэрээнд хамрагдсан даатгуулагч аливаа даатгалын компанитай одоогоор эрүүл мэндийн даатгалтай эсвэл өмнө нь даатгалтай байсан эсэх? Does any of the person to be insured has a current health cover or previously had a health cover with any insurer? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.2. Даатгалд хамрагдаж буй аливаа хүн өвчлөл болон бэртэл гэмтэлтэй холбоотойгоор даатгалын компанид нэхэмжлэл гаргаж байсан эсэх? Has any person to be insured ever made a claim against any insurer in respect of illness or injury? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.3. Гэрээнд хамрагдсан даатгагдагчаас Эрүүл мэнд, нөхцөл болон амь нас гэнэтийн ослын даатгалд шинээр өргөдөл гаргах эсвэл дахин сунгалт хийхэд тус даатгалын компаниас татгалзсан, хойшилсон эсвэл тусгай нөхцлийн дагуу хүлээн авсан эсэх? Has any of the person to be insured ever had an application, reinstatement or renewal of a Health, Critical Illness, Life or Disability insurance been deferred, declined, rejected, cancelled or accepted on special terms by an insurer? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Хэрэв дээрх 4.1, 4.2 болон 4.3 асуултанд "Тийм" гэж хариулсан бол дэлгэрэнгүйг бичнэ үү? Үүнд: Даатгалын компанийн нэр, сонгосон бүтээгдэхүүн/багц, багцын нэр, даатгалын хугацаа, гэрээний дугаар (боломжтой бол) If the answer to Part 4.1, 4.2 and 4.3 is "Yes", please provide details (including name of the insurance company, scheme/plan name, period of insurance and membership number, if available). | | |

V ХЭСЭГ: НУУЦЛАЛ БҮХИЙ ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ТҮҮХИЙН ТАЛААРХ МЭДЭЭЛЭЛ

PART 5: CONFIDENTIAL MEDICAL HISTORY

| | Үндсэн даатгуулагч Main Insured | Даатгагдагч 1 Dependant 1 | Даатгагдагч 2 Dependant 2 | Даатгагдагч 3 Dependant 3 | Даатгагдагч 4 Dependant 4 |
|-------------------------|------------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Өндөр (метр)/Height (m) | | | | | |
| Жин (кг)/Weight (kg) | | | | | |

| ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН АСУУЛАГА /MEDICAL QUESTIONNAIRE | Үндсэн даатгуулагч Main insured | | Даатгагдагч 1 Dependant 1 | | Даатгагдагч 2 Dependant 2 | | Даатгагдагч 3 Dependant 3 | | Даатгагдагч 4 Dependant 4 | |
|---|------------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Даатгал хамрагдах бүх хүн дараах асуултанд хариулна уу. Хэрэв аль нэг асуултанд "Тийм" гэж хариулсан бол 6-р хэсэгт дэлгэрэнгүй тайлбарыг бичнэ үү. Please complete all the following questions for all the persons to be insured. If any of the answer is "Yes", please provide details in Part 6. | | | | | | | | | | |
| 5.1. Та өдөрт 30 буюу түүнээс дээш ширхэг тамхи татаж/татаж байсан эсэх? Do/have you smoked cigarettes or tobacco more than 30 sticks per day? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.2. Өмнө нь/одоо та дундажаар 15 нэгж хэмжээний спирт агуулсан ундаа хэрэглэдэг үү? 1 нэгж = 1 лаазтай шар айраг (355мл)/1 хундага вино/1 хундага сархад (30мл) On an average, do/have you consume more than 15 unit of alcoholic drinks per week? 1 unit = 1 can of beer (355ml)/1 glass of wine (125ml)/1 single shot of Spirits (30ml) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.3. Эмчийн зөвлөж байсан эсэхээс үл хамааран та дараах эрүүл мэндийн байдлаар оношлогдож байсан, эмчилгээ хийлгүүлж байсан эсвэл эмчилгээ хийлгүүлэх талаар заавар зөвлөгөө авч байсан уу. Үүнд: Have you ever been diagnosed or had treatment or has been told to have any health condition (regardless whether a medical practitioner has been consulted) relating to: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a. Чихрийн шижин/Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Зүрхний дутагдал, Завсрын харвалт, Цус харвалт, Кома Heart Failure, Transient Ischaemic Attack, Stroke, Coma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Бөөрний дутагдал, эрхтэн шилжүүлэн суулгах эмчилгээ үүнд элэг, уушиг, зүрх зэрэг Kidney Failure, undergone any organ transplant such as liver, lungs, heart | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Аутоиммун эмгэг үүнд: чонон хөрвөс (SLE), үе мөчний үрэвсэл-хуян, тархины судасны хатуурал зэрэг Autoimmune disorder such as systemic lupus erythematosus (SLE), rheumatoid arthritis, multiple sclerosis? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Цусны даралт ихдэх, холестерин хэмжээ нэмэгдэх, зүрхний экзем, артерийн судасны өвчлөл, зүрхний шигдээс болох, зүрх шуугинах, зүрх дэлсэх, зүрх томрох, зүрхний цохилт эсвэл зүрхний хавхлага, судас хэвийн бус болох High blood pressure, raised cholesterol, ischaemic heart disease, coronary artery disease, heart attack, heart murmur, palpitations, heart enlargement, abnormal heart rate or any other heart or heart valvular or blood vessels | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Хорт хавдар, цусны хорт хавдар, тархины хавдар, бүх төрөл хэлбэрийн уйланхай, хавдар үүсэх Cancer, leukaemia, brain tumour, any form of cyst, tumour or growth of any kind | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Бамбай булчирхайн эмгэг болон бөөр, чөмөг, эвэрлэг бүрхэвч шилжүүлэн суулгах Thyroid disorders; organ transplant e.g. kidneys, bone marrow, cornea | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Багтраа, бронхит, уушигний аргаг бөглөрөлт өвчин (COPD), хатгалгаа болон бусад амьсгалын замын болон уушигны өвчлөл Asthma, bronchitis, chronic obstructive pulmonary disease, pneumonia or any other breathing or lung disease | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Мансууруулах бодис эсвэл архи донтох, хэтрүүлэн хэрэглэх Drug or alcohol addiction or abuse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Ходоодны үрэвсэл, ходоод гэдэсний шархлаа, хоол боловсруулах эрхтний түгжрэлтэй холбоотой өвчлөл, цээж хорсох, Кроны өвчин, бүдүүн гэдэсний (колит) үрэвсэл Gastritis, gastric or duodenal ulcer, gastro-esophageal reflux disease, heartburn, Crohn's disease, ulcerative colitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Эпилепси (татаж унах), суулгалт, саа, эсвэл тулгуур эрхтэн, толгойн гэмтэл болон тархи болон мэдрэлийн системийн доройтол Epilepsy, fits, paralysis or weakness of limb, head injury or the brain or neurological system | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Депресс (сэтгэл гутрал), айда с түгшүүр, мэдрэлийн ядаргаа, эсвэл сэтгэцийн болон сэтгэл зүйн эмгэгийн аль нэг хэлбэр Depression, anxiety, nervous breakdown, or any form of psychiatric or psychological disorder | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. Үе мөчний үрэвсэл, тулай өвчин, сээр нурууны диск, хүзүүний диск, остеоартрит, ясны сийрэгжилт, эсвэл булчин, үе мөч, тулгуур эрхтэн, хүзүү сээрний гэмтэл/зовиур Arthritis, gout, slipped disc, cervical spondylosis, osteoarthritis, osteoporosis or pain/injury to the muscles, limbs, joints, spine, neck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n. Цус багадалт, талассаемиа, цусны эргэлт боогдох, судас бүдүүрэх болон венийн тромбоз мөн цустай бусад эмгэг Anaemia, thalassaemia, blood clot, varicose veins or deep vein thrombosis or any other disorder of the blood | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| o. Гепатит В (гепатит В тээгч) эсвэл гепатит С, элэг өөхлөх, элэгний хатуурал, элэгний дутагдал, цэсний чулуужилт, эсвэл элэг цэстэй холбоотой бусад төрлийн өвчлөл Hepatitis B (including hepatitis B carrier) or hepatitis C, fatty liver, liver cirrhosis, liver failure, gallstones or any other disorder of the liver or gallbladder | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| p. Жид 3-аас дээш удаа тохиолдож бөөрний чулуу, бөөрний халдвар, UTI, эсвэл бөөр, давсаг, түрүү булчирхайн бусад эмгэг Kidney stones, kidney infection, recurrent urinary tract infection - i.e. more than 3 times per year; or any other disorder of the kidney, bladder, prostate | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| q. Псорайсис (арьсны тууралт), экзем болон арьсны бусад өвчлөл Psoriasis, eczema or any other disorder of the skin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН АСУУЛАГА /MEDICAL QUESTIONNAIRE | Үндсэн даатгуулагч Main insured | | Даатгагдагч 1 Dependant 1 | | Даатгагдагч 2 Dependant 2 | | Даатгагдагч 3 Dependant 3 | | Даатгагдагч 4 Dependant 4 | |
|--|------------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| г. Чихний булаг, дунд чихний урэвсэл, ангина-(тонзиллит), Катаракт-нүдэнд цагаа буух, нүдний даралт, торлогийн тусгаарлалт, синусит, ринит, эсвэл нүд, чих, хамар хоолойн аливаа өвчлөл Ear discharge, otitis media, tonsillitis, cataract, glaucoma, retinal detachment, sinusitis, rhinitis or any disorder of the eye, ear, nose or throat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| с. Бие эрхтэн эсвэл түүний үйл ажиллагаатай холбоотой саатлаас үүдэлтэй төрөлхийн гажиг, дутуу төрөлт, зан суртахууны болон сэтгэхүйн хөгжлийн саатал? Congenital abnormalities, either anatomical or function, premature birth, developmental delay(whether behavioral or psychological)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| т. Даатгалд хамрагдсан зөвхөн эмэгтэй даатгагдагчийн хувьд бөглөгдөнө For female persons to be insured only Хөхний хавдар, хөхний фиброцистикийн өвчлөл, хөхний хоргүй хавдар, хөхөнд цист үүсэх, өндгөвчний үрэвсэл, эндометриос, умайн хавдар, сав авхуулах (гистерэктоми), abnormal pap smear/mammogram/ultrasound, умайн/умайн хүзүүний полип, эсвэл хөхний болон эмэгтэйчүүдийн нөхөн үржихүйн тогтолцооны бусад төрлийн эмгэг, Breast lump, fibrocystic disease of the breast, fibroadenoma, breast cyst, ovarian cyst, endometriosis, uterine fibroid, hysterectomy, abnormal pap smear / mammogram / ultrasound, cervical/endometrial polyp, or any other disorder of the breast or female reproductive system? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.4. Сүүлийн 5 жилийн хугацаанд дээр дурдсанаас ондоо аливаа өвчлөл болон бэртэл гэмтэлтэй байсан эсэх? During the past five (5) years, have you ever had any illness or injury, not mentioned above? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

VI ХЭСЭГ: НЭМЭЛТ МЭДЭЭЛЭЛ

PART 6: ADDITIONAL INFORMATION

Хэрэв та Хэсэг 5 буюу Нууцлал бүхий эрүүл мэндийн түүхийн талаарх мэдээлэлтэй хэсэгт заасан асуултуудын аль нэгт "Тийм" гэж хариулсан бол доорх хүснэгтийн дагуу дэлгэрэнгүйгээр хариулна уу? Хэрэв зай хүрэлцээгүй бол тусдаа хуудас гарган бичнэ үү!

If you have answered 'Yes' to any of the questions in Part 5 - Confidential medical history, please provide us more information in the following table. Please complete on a separate page if there is not enough space.

| Асуулт № Question No. | Даатгуулагчийн нэр Name of the Person to be insured | Өвчний уг гарал, хөдөлмөрийн чадваргүй байдал, үр дүнг тусгасан оношлогооны тест болон хийлгэж байсан эмчилгээ, өвчний шалтгаан Nature of illness, disability, diagnostic test with result and reason and treatment received | Хэзээ эхэлсэн? When did it start? | Хэдий хугацаанд үргэлжилсэн? How long did it last? | Нэмэлт эмчилгээ шаардлагатай болсон эсэх? Хэрэв Тийм бол, илүү дэлгэрэнгүйг бичих Need for further treatment? If Yes, please provide more details. | Эмчилгээний үр дүн? (жишээ нь хяналтад байгаа, ургэлжилж байгаа, эмч бүрэн чөлөөлсөн-хяналт шаардлагагүй г.м) What is the outcome of treatment? (E.g. still on follow up, still on review, fully discharged by the doctor - no follow up required etc) |
|--------------------------|--|---|--------------------------------------|---|---|--|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VII ХЭСЭГ: СҮҮЛИЙН 5 ЖИЛД ТОГТМОЛ ҮЙЛЧЛҮҮЛЭН ЗӨВЛӨГӨӨ, ЗААВАР АВЧ БҮЙ ЭМЧИЙН ТАЛААРХ МЭДЭЭЛЭЛ

PART 7: MEDICAL PRACTITIONER(S) MOST FREQUENTLY USED IN THE LAST 5 YEARS

| |
|--|
| Эмчийн (эмч нарын) нэр/Medical practitioner(s) name: |
| Хаяг/Address: |
| Утасны дугаар/Telephone no: |
| И-мэйл/E-mail: |

VIII ХЭСЭГ : МАРГААН ШИЙДВЭРЛЭХ

PART 8: DISPUTE RESOLUTION

| | |
|--|---|
| Маргаан шийдвэрлэх доорх арга хэлбэрээс нэгийг сонгоно уу! /Please choose one of the ways below for dispute resolution: | |
| <input type="checkbox"/> Санхүүгийн зохицуулах хороо Financial Regulatory Committee | <input type="checkbox"/> Монгол Улсын Шүүх Courts having jurisdiction for judgment |
| Хэрэв та сонголт хийгээгүй тохиолдолд 2 дах хариулыг маргаан шийдвэрлэх хэлбэрээр сонгоно. If you do not make the choice, the second one shall be the implied dispute resolution. | |

IX ХЭСЭГ: ХҮЛЭЭН ЗӨВШӨӨРЧ БҮЙ ТАЛААРХ ГАРЫН ҮСГИЙН БАТАЛГААЖУУЛАЛТ

PART 9: YOUR SIGNATURE AND DECLARATION

1. Би/Бид маягтын дагуу мэдүүлүүд нь миний/бидний мэдэж байгаагаар үнэн зөв, гүйцэт бөгөөд БОДЬ ДААТГАЛ ХХК болон миний/бидний хооронд байгуулагдаж буй гэрээний үндсэн хэсэг болохыг хүлээн зөвшөөрч байна.
I/We agree that this Application form shall be the basis of the contract between me/us and Bodi Insurance LLC. I/We declare that the statements made in this Application are true, correct and complete to the best of my/our knowledge and belief.
2. Би/Бид "BODI+ Global Healthcare" гэрээний нөхцөл, зүйл заалттай нь сайтар уншиж танилцсан бөгөөд гэрээний баримт материал болон даатгалыг хэрэглэх талаарх бүрэн ойлголттой болно.
I/We have carefully read the Global Healthcare policy terms and conditions. I/We totally understand the clause and documents provided to me/us, and apply for this insurance.
3. Хэрэв өргөдлийн маягт дээр гарын үсэг зурсны дараа, БОДЬ ДААТГАЛ ХХК-аас даатгалын хамгаалалтыг гэрээний дагуу эхлүүлэхээс өмнөх хугацаанд даатгалд хамрагдсан даатгаагчдаас эрүүл мэндийн байдал нь өөрчлөгдсөн тохиолдол гарвал Миний/Бидний зүгээс нэн даруй БОДЬ ДААТГАЛ ХХК-д мэдэгдэх бөгөөд эсрэг тохиолдолд даатгалын хамгаалалт хүчингүй болохыг Би/Бид хүлээн зөвшөөрч байна.
I/We agree that if the health status of any of the above mentioned persons to be insured changes after this application is signed and before Bodi Insurance LLC issues the Policy, I/We shall immediately notify Bodi Insurance LLC of the changes, otherwise, Bodi Insurance LLC reserves the right to void the cover.
4. БОДЬ ДААТГАЛ ХХК нь энэхүү өргөдлийн маягтыг даатгалын хамгаалалтанд хүлээн авах эсвэл эх хүлээн авах эрхтэйг миний/бидний зүгээс хүлээн зөвшөөрч байна. Хэрэв хүлээн авсан тохиолдолд албан ёсны гэрээг бүрдүүлэх эрхийг БОДЬ ДААТГАЛ ХХК-д Би/Бид олгож байгаа бөгөөд холбогдох хураамжийг төлнө.
I/We understand and agree that Bodi Insurance LLC has the right to accept or decline this application. If Bodi Insurance LLC accepts my/our application, I/We agree to let Bodi Insurance LLC issue the formal Policy documents, and I/We will pay the premium as advised by Bodi Insurance LLC.
5. БОДЬ ДААТГАЛ ХХК-аас өргөдлийн маягтыг хүлээн авч зөвшөөрсөн бол жилийн хураамж бүрэн хэлбэрээр төлөгдсөнөөс хойш гэрээ нь хүчин төгөлдөр болохыг миний/бидний зүгээс хүлээн зөвшөөрч байна.
I/We understand that my/our application for this Policy shall only be effective following full annual premium payment and subject to the acceptance and approval of this application by Bodi Insurance LLC.
6. Би/Бид энэхүү хувь хүний онцгой нөхцөл бүхий "BODI+ Global Healthcare" даатгалын гэрээний ерөнхий нөхцөл, сунгалтын нөхцөл, хасалт, хамтран төлбөр хийх хэлбэр болон өөрийн хүлээх хариуцлагын талаарх нөхцөлийг хүлээн зөвшөөрч байна. Энэхүү гэрээг хүлээн авснаас хойш ажлын 5 хоногийн хугацаанд миний/бидний зүгээс нягтлан танилцах бөгөөд хэрэв гэрээний нөхцөл нь миний/бидний даатгалын хэрэгцээ шаардлагад нийцэхээргүй бол гэрээг хэрэгжүүлэхгүй талаар БОДЬ ДААТГАЛ ХХК-д бичгээр мэдэгдэнэ.
I/We understand and accept the policy wording, extension clauses, endorsements, exclusions, co-payment and deductible, if any, of BODI+ Global Healthcare. I/We understand I/we have a free-look period (this does not apply for renewals) of 5 business days from the date that I/we receive this Policy to review it. If I/we decide that this Policy does not suit my/our needs, I/we could request to cancel it by giving clear, written instructions to Bodi Insurance LLC.
7. Аливаа өвчлөл, бэртэл гэмтэл, эмчилгээний түүх болон тус эмчилгээний талаарх бүхий л мэдээллийг нөхөн төлбөртэй холбоотой аливаа тохиолдолд БОДЬ ДААТГАЛ ХХК-ийн зүгээс шаардсаны дагуу эмнэлгийн тусламж үйлчилгээг үзүүлсэн, үзэлг хийсэн, мөн эмнэлгийн бүртгэл хөтөлсөн аливаа эмнэлэг, эмч, эсвэл бусад оролгогчдад задруулах эрхийг миний/бидний зүгээс олгон, хүлээн зөвшөөрч байна. Энэхүү бүрэн эрх олгосон хуулбар нь эх хувийн адил хүчин төгөлдөр байна.
I/We also agree that in case of any claims, I/we authorize any hospital, physician or other person who has attended to us, or has examined us or who is authorized to maintain medical records to disclose, when requested to do so by Bodi Insurance LLC, any and all information with respect to any illness or injury, medical history or treatment. A photocopy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.
8. Гэрээний хүчинтэй хугацаанд зөвхөн эмчилгээг авах зорилгоор эмнэлэгт оруулж гэрээтэй дагалдан гарсан гишүүний картаар үйлчлүүнэ гэдгийг миний/бидний зүгээс хүлээн зөвшөөрч байна. Гэрээний дагуу аливаа шалтгаанаар нэхэмжлэх эрхгүй төлбөр гарсан тохиолдолд миний/бидний зүгээс тус зардалтай холбоотой баримт хүлээн авснаас хойш 30 хоногийн дотор төлбөрийг БОДЬ ДААТГАЛ ХХК-д барагдуулна. Түүнчлэн гэрээний хугацаа дууссан эсвэл гишүүний хамгаалалтыг цуцалж байгаа тохиолдолд гишүүний картгыг БОДЬ ДААТГАЛ ХХК-д хүлээлгэн өгнө гэдгийг би/бид хүлээн зөвшөөрч байна.
I/We also understand that the BODI+ Global Healthcare Card issued for this Policy are to be used only for admissions to hospitals for treatments within the Policy terms and conditions. In the event that charges incurred are not claimable from the Policy for any reason, I/we shall undertake to pay Bodi Insurance LLC within 30 days from the receipt of all expenses that are not claimable under the Policy. I/We further agree to return the BODI+ Global Healthcare Card upon request from Bodi Insurance LLC or on termination of the policy or member.
9. Хэрэв нэмэлт эмчилгээний мэдээлэл шаардлагагүй болсон тохиолдолд БОДЬ ДААТГАЛ ХХК нь сүүлийн байдлаарх эмнэлгийн тайлангийн хуулбарыг нэхэмжлэн авах эрхтэй бөгөөд түүнтэй холбогдох зардыг өөрийн/өөрсдийн зардалаар бүрдүүлэн хүлээлгэн өгөхийг миний/бидний зүгээс ойлгож байна.
I/We understand that Bodi Insurance LLC reserves the right to request for a copy of the latest medical report from me/us at my/our own expense should further medical information is required.
10. Энэхүү маягтын дагуу Хэсэг 1 болон/эсвэл Хэсэг 2-т байнгын оршин суугаа улс нь үнэн зөв тусгагдсан болохыг миний/бидний зүгээс баталгаажуулж байна. Хэрэв даатгаагчид хэн нэгнээс Байнгын Оршин Суугаа Улс-аа өөрчлсөн тохиолдолд БОДЬ ДААТГАЛ ХХК-д нэн даруй мэдэгдэхийг миний/бидний зүгээс хүлээн зөвшөөрч байгаа бөгөөд БОДЬ ДААТГАЛ ХХК нь хураамжинд тохиргоо хийх эсвэл даатгалын хамгаалалтыг үргэлжлүүлэхгүй байх арга хэмжээг авах эрхтэй.
I/We confirm that my/our principal county of residence is stated correctly in Part 1 or Part 2 of this form. I/We understand and agree to inform Bodi Insurance LLC immediately if any of the member changes the Principal Country of Residence and Bodi Insurance LLC reserves the right to revise the premium or to decline to continue the cover.

Үндсэн даатгуулагч, Өргөдөл гаргагчийн гарын үсэг
Signature of Applicant, Policyholder

Гол Даатгуулагчийн гарын үсэг
Signature of Main Insured

.....

Үндсэн даатгуулагчаар хийгдсэн өргөдлийн маягтыг би хүлээн зөвшөөрч байна.

I agree with the application made by Policyholder.

Огноо/Date: .. өдөр/day, .. сар/month, 20 .. он/year

Огноо/Date: .. өдөр/day, .. сар/month, 20 .. он/year

Үндсэн даатгуулагч/өргөдөл гаргагчийн хууль ёсны эхнэр/нөхөр эсвэл 18-аас доошгүй насны хүүхэд биш тохиолдолд даатгалын хамгаалалтад багтсан бүх даатгуулагчид гарын үсэг зурах ёстой. /There must be signature from all persons to be insured unless they are the legal children (aged not more than 18 years old) or legal spouse of the applicant/policyholder.

| Даатгаагч 1-ийн гарын үсэг Signature of Dependant 1 | Даатгаагч 2-ийн гарын үсэг Signature of Dependant 2 | Даатгаагч 3-ийн гарын үсэг Signature of Dependant 3 | Даатгаагч 4-ийн гарын үсэг Signature of Dependant 4 |
|--|--|--|--|
| Үндсэн даатгуулагч/өргөдөл гаргагчийн бөглөсөн мэдүүлгийн маягтыг хүлээн зөвшөөрч байна. I agree with the declaration and the application made by Applicant/Policyholder. | Үндсэн даатгуулагч/өргөдөл гаргагчийн бөглөсөн мэдүүлгийн маягтыг хүлээн зөвшөөрч байна. I agree with the declaration and the application made by Applicant/Policyholder. | Үндсэн даатгуулагч/өргөдөл гаргагчийн бөглөсөн мэдүүлгийн маягтыг хүлээн зөвшөөрч байна. I agree with the declaration and the application made by Applicant/Policyholder. | Үндсэн даатгуулагч/өргөдөл гаргагчийн бөглөсөн мэдүүлгийн маягтыг хүлээн зөвшөөрч байна. I agree with the declaration and the application made by Applicant/Policyholder. |
| Огноо/date: .. өдөр/day, .. сар/month, 20 .. он/year | Огноо/date: .. өдөр/day, .. сар/month, 20 .. он/year | Огноо/date: .. өдөр/day, .. сар/month, 20 .. он/year | Огноо/date: .. өдөр/day, .. сар/month, 20 .. он/year |

Хаяг: Бодь Цамхаг, Жигжиджавын гудамж 3 /Их эзэн Чингис хааны талбай/, Улаанбаатар 15160, МОНГОЛ УЛС

Address: Bodi Tower, Jigjidjav Street 3, /Great Chinggis Khaan square/, Ulaanbaatar 15160, MONGOLIA

Утас/Tel: +976 7011 0280 | Факс/Fax: +976 11 328311 | И-мэйл/E-mail: healthcare@bodi-insurance.com | Web/Вэб: www.bodi-insurance.com