

ЖОЛООЧИЙН ДААТГАЛЫН НӨХӨН ТӨЛБӨРИЙН НЭХЭМЖЛЭЛИЙН МАЯГТ НТ-4

Анхааруулга: Та энэхүү маягыг ашиглан Жолоочийн хариуцлагын албан журмын даатгал ('жолоочийн даатгал' гэх)-ын гэрээний нөхцлөөр нөхөн төлбөр олгогдож болох аливаа хохирлын нэхэмжлэлийг гаргана. Та юуны өмнө Жолоочийн даатгалын тухай МУ-ын хууль болон жолоочийн даатгалын гэрээний нөхцлүүдийг сайтар уншиж судлан, мэдүүлгийн маягт дээрх таны мэдээлэл үнэн зөв эсэхийг шалгаарай.

Нөхөн төлбөрөө түргэн шийдвэрлүүлэхийн тулд Та үйл явдлыг баримтжуулж, нэхэмжлэлийг баталгаажуулах материалуудын эх хувийг нь энэхүү маяганд хавсаргасан байх шаардлагатай. Үүнд:

1. нөхөн төлбөр олгохыг хүссэн албан бичиг (албан байгууллага бол);
2. гэрээ, мэдүүлгийн маягт;
3. учирсан хохирлын тухай тусгай зөвшөөрөл бүхий хохирол үнэлэгчийн гаргасан хохирлын үнэлгээ, дүгнэлт, акт, материал;
4. осол болсныг нотлох холбогдох мэргэжлийн байгууллагын тодорхойлолт (Замын Цагдаа, Цагдаа, Гал унтраах алба, Шүүх, Шүүх эмнэлэг, ОБГ, Цаг Уур, Эмнэлгийн байгууллага г.м);
5. ослын болон хохиролд орсон автотээврийн хэрэгслийн гэрэл болон гар зураг;
6. осол аваарт оролцсон бүх жолоочийн иргэний үнэмлэх, жолооны үнэмлэх;
7. осол аваарт оролцсон бүх автотээврийн хэрэгслийн гэрчилгээ;
8. гэрчийн мэдэгдэл, бусад шаардлагатай баримтууд.

Таны бусдад учруулсан хохирлыг гэрчлэх эд мөрийн баримт, баталгаа, нотолгоо бусад холбогдох мэдээллээр даатгагчийг хангах үүрэгтэйг анхаарна уу. Таны өгсөн урьдчилсан мэдээлэлтэй холбоотойгоор нэмэлт мэдээлэл шаардан гаргуулах, шинжээчдийг томилон ажиллуулж, дүгнэлт гаргуулах, шаардлагатай гэж үзвэл даатгалын тохиолдолтой холбогдсон тайлан, баримтуудыг бид шалгах эрхтэй. Таны бүрдүүлсэн баримт бичиг нь эргэлзээтэй эсвэл бүрэн бус бол шаардлагатай гэж үзсэн бусад бичиг баримт шаардах болно.

Бусдын буюу хохирогчийн эд хөрөнгөнд хохирол учирсан бол Таны гэм буруутай нь тогтоогдсон тохиолдолд нөхөн төлбөрийн хэмжээг тогтоосноос хойш **1 сар**ын дотор нөхөн төлбөрийг олгоно. Хэрвээ хохирогчийн амь нас, эрүүл мэндэд хохирол учирсан бол бүрэн, шаардлага хангасан хохирлын нэхэмжлэл, бусад материалыг хүлээн авснаас хойш ажлын **10** хоног хүртэлх хугацаанд нөхөн төлбөрийг шийдвэрлэнэ.

Жолоочийн даатгалын тухай МУ-ын хуулийн 20 дугаар зүйлд заасны дагуу дараах тохиолдлуудад даатгуулагч таниас нөхөн төлбөрийг буцаан нэхэмжлэх болно. Үүнд: Даатгалын тохиолдол гарсан талаар даатгагч болон цагдаагийн байгууллагад мэдэгдээгүй бол, даатгалын тохиолдол болсон газраас зугтаасан бол, согтууруулах ундаа, мансууруулах бодис хэрэглэсэн үедээ осол аваар гарган бусдад хохирол учруулсан бол.

Та өөрийн нэхэмжлэлтэй холбоотой мэдээллийг 7711 5555 дугаарын утаснаас аваарай.

| | | | |
|--|--|--|-----------------------------------|
| Өмчлөгчийн нэр: | | <input type="checkbox"/> хуулийн этгээд | <input type="checkbox"/> хувь хүн |
| Регистрийн дугаар: | Утас: | Хаяг: | |
| Жолоочийн овог нэр: | | | |
| Регистрийн дугаар: | | Жолооны үнэмлэхний дугаар: | |
| Жолооны ангилал: | <input type="checkbox"/> А <input type="checkbox"/> В <input type="checkbox"/> С <input type="checkbox"/> D | Мэргэшсэн эсэх <input type="checkbox"/> ТИЙМ <input type="checkbox"/> ҮГҮЙ | |
| Хаяг: | Утас: | | |
| Автотээврийн хэрэгслийн улсын дугаар: | | Марк: | |
| Арлын дугаар: | | Үйлдвэрлэсэн он: | |
| Суудлын тоо: | Даац: | Монголд орж ирсэн он: | |
| Ангилал: | <input type="checkbox"/> А <input type="checkbox"/> В <input type="checkbox"/> С <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> тусгай ангилал | <input type="checkbox"/> чиргүүлтэй <input type="checkbox"/> чиргүүлгүй | |
| Даатгалын гэрээний дугаар: | | | |
| Даатгалын хугацаа: | Эхлэх: | он | сар |
| | | өдөр | Дуусах: |
| | | он | сар |
| | | өдөр | |
| Таны төлсөн хураамж: | | | |

Энэхүү нэхэмжлэл нь даатгалын хугацаан дахь анхны тохиолдол хоёр дахь тохиолдол гурав дахь тохиолдол _____

Та ослын талаар дэлгэрэнгүй тайлбарлана уу.

| | |
|--------------------------|--|
| Осол болсон цаг хугацаа: | |
| Осол болсон байршил: | |

| | | | |
|---|---|--|---|
| Ослын газар манай ШУУРХАЙ АЛБА очсон эсэх? <input type="checkbox"/> ТИЙМ <input type="checkbox"/> ҮГҮЙ | Ослын газар ЗЦГ очсон уу ? <input type="checkbox"/> ТИЙМ <input type="checkbox"/> ҮГҮЙ Хэрвээ ТИЙМ бол ЗЦГ-аас олгосон тодорхойлолт, акт, бусад баримтыг хавсаргана уу ҮГҮЙ бол яагаад гэдгийг тайлбарлана уу | Та Түргэн тусламж эсвэл өөр эмнэлэгт хандсан уу? <input type="checkbox"/> ТИЙМ <input type="checkbox"/> ҮГҮЙ ТИЙМ бол холбогдох мэдээллийг өгнө үү | Танд учирсан хохирлыг нотлох гэрч байгаа бол нэр, хаягийг өгнө үү |
| Хохирогчийн овог нэр | Регистер | Утас | Хаяг |
| | | | |

Учирсан хохирол: Автотээврийн хэрэгслийн Эд хөрөнгийн Эрүүл мэндийн Амь насны

Хэрвээ Та бусдын эрүүл мэнд, амь насанд хохирол учруулсан тохиолдолд дараах хэсгийг бөглөнө үү.

(Эмнэлгийн магадлагаа (лист), эмчлэгч эмчийн бичсэн эмчилгээ, эм тарианы зардлын баримтууд, эсвэл буяны ажлын зардлыг баталгаажуулсан баримтууд, шаардлагатай тохиолдолд Амбулаториор эмчлүүлэгсдийн карт, Өвчний түүх, Эмнэлэг хөдөлмөрийн магадлах комиссын шийдвэр, амь насаа алдсан тохиолдолд Нас барсны гэрчилгээний хуулбарыг хавсаргана. Эмнэлгийн байгууллагын бичиг баримтууд нь хохирогч буюу өвчтөний овог нэр, өвчний онош, эмчлүүлсэн хугацааг тодорхой заасан, эмнэлгийн болон эмчлэгч эмчийн тамга тэмдгээр баталгаажуулсан байх шаардлагатай)

| | |
|---|----------------------|
| Эмчилгээний болон буяны ажлын зардлын жагсаалт: | Хохирлын мөнгөн дүн: |
| 1. | |
| 2. | |
| 3. | |
| Нийт буюу Таны нэхэмжлэлийн хэмжээ: | MNT |

Хэрвээ Та бусдын эд хөрөнгө, автотээврийн хэрэгсэлд хохирол учруулсан бол дараах хэсгийг бөглөнө үү.

(Та хохирлын хэмжээг даатгалын хохирол үнэлэгч мэргэжлийн байгууллагын үнэлгээний тайлан эсвэл засварын газрын зардлын баримт эсвэл сэлбэг хэрэгслийн зарлагын падаан дээрх дүнгээр тавьж холбогдох баримтыг хавсаргаарай)

| | | |
|---|----------------------|-------|
| Хохирогчийн автотээврийн хэрэгслийн үлсын дугаар: | | Марк: |
| Гэмтсэн хөрөнгө эд, ангиудын жагсаалт: | Хохирлын мөнгөн дүн: | |
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |
| Нийт буюу Таны нэхэмжлэлийн хэмжээ: | MNT | |

Нөхөн төлбөрийг зөвхөн Таны данс руу эсвэл Таны зөвшөөрлөөр хохирогчийн данс руу шилжүүлэх тул дансны мэдээллийг үнэн зөв өгнө үү.

| | | |
|------------|----------------------|---------------|
| Банкны нэр | Данс эзэмшигчийн нэр | Дансны дугаар |
| | | |

эсвэл Картын дугаар:

НЭХЭМЖЛЭЛ ГАРГАГЧИЙН МЭДҮҮЛЭГ:

Би үнэн зөв мэдүүлснээ баталж байна. Би өөрийн нөхөн төлбөрийн нэхэмжлэлийн асуудлыг шийдвэрлүүлэх зорилгоор миний бусдад учруулсан хохиролтой холбоотой бүхий л мэдээллээр Соёмбо Даатгал компанийг хангаж байх эрхийг холбогдох байгууллагын удирдлага, ажилтнууд, гэрчид олгож байна.

Гарын үсэг: _____ Огноо: _____ он _____ сар _____ өдөр

Нэхэмжлэл гаргагчийн нэр:

| | |
|------------------------------|-----------------------|
| Материал хүлээн авсан огноо: | Хүлээн авсан ажилтан: |
| | |