

Даатгагчийн нэр: \_\_\_\_\_

20 ... оны ... сарын ... өдөр

Тайлант хугацаа:

(төгрөгөөр)

Íõõýíæýüëéí ò°ð°ë Äààðàäèýí ðýéáýð	Мөрийн дугаар	Нас барах, хөдөлмөрийн чадвар алдах, хүнд өвдсөний нөхөн төлбөр	Хөдөлмөрийн чадвар алдах, хүнд өвдөхөөс бусад осол, эрүүл мэндийн нөхөн төлбөр	Гэрээний хугацаа дууссан/хуримт лал	Буцаасан даатгалын хураамж	Аннуити	Мөнгөн урамшуулал	Бусад
А	Б	1	2	3	4	5	6	7
2.1. Хугацаат амьдралын даатгал	1	2066500	7604160					
2.2. Насан туршийн даатгал	2							
2.3. Хуримтлалын даатгал	3							
2.4. Тэтгэврийн даатгал	4							
2.5. Эрүүл мэндийн даатгал	5		4364130					
2.6. Аннуити даатгал	6							
<b>ДҮН</b>	<b>7</b>	<b>2066500</b>	<b>11968290</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>