

## BẢNG CÂU HỎI BỆNH TIM MẠCH

(NB\_203)

Hợp đồng bảo hiểm số:.....

Họ tên Người được bảo hiểm (NDBH): .....

Họ tên Bên mua bảo hiểm (BMBH): .....

Tôi/Chúng tôi (BMBH, NDBH) cam đoan nội dung trả lời dưới đây là đầy đủ, đúng sự thật và là một phần không tách rời với các thông tin liên quan đến HĐBH để Công ty thẩm định hợp đồng.

Quý khách vui lòng cung cấp thông tin sức khỏe của NDBH bằng cách trả lời các câu hỏi dưới đây:

1. Cho biết các bệnh tim mạch mà Quý khách mắc phải? (Bệnh van tim; Thiếu máu cơ tim; Bệnh mạch vành; Bệnh tim bẩm sinh; Suy tim; Xơ vữa động mạch,...) .....

2. Lần đầu tiên Quý khách được chẩn đoán bệnh kể trên là khi nào (ngày, tháng, năm)? .....

3. Có bao nhiêu đợt bệnh xuất hiện trong vòng 12 tháng qua? .....

4. Đợt bệnh gần đây nhất xảy ra vào lúc nào? .....

5. Các bộ phận nào trong cơ thể bị ảnh hưởng do bệnh kể trên của Quý khách (tim, mạch, thận, mắt, gan). .....

6. Quý khách đã được bác sĩ khám và làm các xét nghiệm chẩn đoán chưa? Vui lòng cung cấp bản sao các kết quả xét nghiệm (xét nghiệm máu, nước tiểu, siêu âm tim, điện tim...) .....

7. Vui lòng cho biết tên thuốc, liều lượng dùng. Cung cấp bản sao các đơn thuốc .....

8. Hiện nay Quý khách có đang được điều trị không?  Có  Không

Nếu có, xin vui lòng cho biết ngày điều trị cuối cùng là khi nào?.....

9. Quý khách có phải nghỉ làm vì bệnh tim mạch không?  Có  Không

Nếu có, xin vui lòng cho biết thời gian bao lâu?.....

10. Quý khách có từng nhập viện hay phải phẫu thuật vì bệnh tim mạch không?  Có  Không

Nếu có, xin vui lòng cho biết chi tiết như sau (Cung cấp bản sao *Giấy ra viện*)

Ngày nhập viện	Thời gian nằm viện	Bệnh viện	Chẩn đoán khi xuất viện
----------------	--------------------	-----------	-------------------------

.....	.....	.....	.....
-------	-------	-------	-------

.....	.....	.....	.....
-------	-------	-------	-------

.....	.....	.....	.....
-------	-------	-------	-------

11. Bệnh kể trên có gây biến chứng gì cho các bộ phận khác không?  Có  Không

Nếu có, xin vui lòng cho biết chi tiết.....

12. Vui lòng cung cấp thêm các chứng từ khác liên quan đến bệnh của Quý khách (nếu có).

### CAM KẾT

Tôi/ Chúng tôi xác nhận rằng tôi/ chúng tôi đã đọc, hiểu và đồng ý cho phép MVI Life thực hiện thu thập, sử dụng, xử lý dữ liệu cá nhân của tôi/ chúng tôi theo các quy định của Chính sách Bảo mật Dữ liệu cá nhân tại <https://www.mvilife.com.vn/vi/Ve-chung-toi/Chinh-sach.html> và đồng ý chịu sự ràng buộc bởi các quy định của Chính sách này. Tất cả các quyền và nghĩa vụ của MVI Life và Khách hàng tại Chính sách này sẽ không thay thế, chấm dứt hoặc thay đổi, nhưng sẽ là cộng dồn vào các quyền mà MVI Life và Khách hàng đang có ở bất cứ văn bản nào và không một điều khoản nào trong Chính sách này hàm ý hạn chế hoặc xóa bỏ bất kỳ quyền nào trong số các quyền của MVI Life.





Quét mã QR để truy cập trang Chính sách Bảo mật Dữ liệu Cá nhân của MVI Life

<i>.....ngày .....tháng.....năm..... (Ký và ghi rõ họ tên)</i>	
<b>Bên mua bảo hiểm</b>	<b>Người được bảo hiểm</b> <i>(Nếu NDBH dưới 18 tuổi, Người đại diện theo pháp luật ký)</i>