MVI Life

Công ty TNHH Bảo Hiểm Nhân Thọ MVI
Địa chỉ: Tầng 13, Tòa nhà Mipec Tower, 229 Tây Sơn, Phường Kim Liên, Hà Nội
Điện thoại: 028 7307 5577 | **Hotline:** 1900 633 369
Email: khachhang_MVIL@manulife.com | **Website:** www.mvilife.com.vn

BẢNG CÂU HỎI BỆNH HEN SUYỄN

(NB_209)

Hợp đồng bảo hiểm số: .....

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

Họ tên Bên mua bảo hiểm (BMBH): .....

Tôi/Chúng tôi (BMBH, NĐBH) 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 khoẻ của NĐBH bằng cách trả lời các câu hỏi dưới đây:

1. Lần đầu tiên Quý khách được chẩn đoán bệnh Hen suyễn là khi nào (ngày, tháng, năm)? .....
2. Có bao nhiêu đợt bệnh xuất hiện trong vòng 12 tháng qua? .....
3. Cơn hen (suyễn) của Quý khách có xảy ra vào ban đêm không? Nếu có, bao nhiêu cơn/ tháng? .....
4. Cơn hen (suyễn) mới nhất xảy ra vào lúc nào? .....
5. Quý khách phải dùng loại điều trị nào sau đây:

		Có	Không
a.	Dùng thuốc uống mỗi ngày	☐	☐
b.	Chỉ dùng thuốc uống khi lên cơn hen (suyễn)	☐	☐
c.	Chỉ sử dụng thuốc dạng hít khi lên cơn hen (suyễn)	☐	☐
d.	Dùng thuốc Steroids (kháng viêm): - Uống không thường xuyên	☐	☐
	- Uống liên tục	☐	☐
	- Dạng tiêm	☐	☐

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

   .....

   .....

6. Trong 1 năm qua, Quý khách có phải nghỉ làm (hoặc nghỉ học) vì bệnh hen suyễn không? ☐ Có ☐ Không
   Nếu có, xin vui lòng cho biết thời gian bao lâu? .....
7. Trong 1 năm qua, Quý khách có từng nhập viện vì bệnh hen suyễn 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
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

8. 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: .....

   .....
9. Xin cho biết tên và địa chỉ của bác sĩ mà bạn thường đến khám khi bị lên cơn hen (suyễn)? Bao lâu khám một lần? Lần đến khám gần đây nhất là vào lúc nào?

   .....

   .....
10. 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

.....ngày .....tháng.....năm..... (Ký và ghi rõ họ tên)	
Bên mua bảo hiểm	**Người được bảo hiểm** *(Nếu NĐBH dưới 18 tuổi, Người đại diện theo pháp luật ký)*