

## BẢN TRẢ LỜI BỔ SUNG THÔNG TIN SỨC KHOẺ

(NB\_214)

Người kê khai (\*):..... Số CCCD/CC: .....

Bổ sung thông tin sức khỏe cho:..... Số CCCD/CC/GKS: .....

Hợp đồng bảo hiểm số:.....

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.

1. Quý khách vui lòng ghi rõ triệu chứng/bệnh lý đã mắc:

.....

2. Xin Quý khách cho biết hoàn cảnh phát hiện bệnh:

☐ Biểu hiện sức khỏe khác thường

☐ Kiểm tra sức khỏe định kỳ

☐ Sau khi gắng sức

☐ Tình cờ phát hiện

3. Triệu chứng bệnh/bệnh lý nêu trên xuất hiện lần đầu khi nào (ngày, tháng, năm)?

.....

4. Quý khách đã được khám, xét nghiệm và điều trị ở đâu? .....

5. Trong trường hợp đã từng bị phẫu thuật, xin Quý khách cho biết:

- Ngày, tháng, năm đã phẫu thuật: .....

- Lý do phẫu thuật: .....

- Bệnh viện nơi phẫu thuật: .....

- Điều trị sau phẫu thuật và Xét nghiệm tế bào học: .....

- Tình trạng sức khỏe sau phẫu thuật: .....

6. Quý khách đã được điều trị theo phương pháp nào?(ghi rõ tên thuốc/gửi kèm đơn thuốc)

☐ Hóa chất

☐ Tia xạ

☐ Thuốc

☐ Phương pháp khác.....

7. Thời gian Quý khách đã nằm viện, điều trị bệnh, phẫu thuật: .....

8. Kết quả sau điều trị: .....

.....

9. Hiện tại Quý khách có đang điều trị thuốc không: Có ☐ Không ☐

Nếu có, vui lòng ghi rõ: .....

10. Tình trạng sức khỏe hiện tại: .....

.....

### 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





|                                                          |                                                                        |                                                                                         |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <p align="center">.....ngày .....tháng.....năm.....</p>  |                                                                        |                                                                                         |
| <p><b>Bên mua bảo hiểm</b><br/>(Ký và ghi rõ họ tên)</p> | <p><b>Người được bảo hiểm (≥ 7 tuổi)</b><br/>(Ký và ghi rõ họ tên)</p> | <p><b>Cha/Mẹ hoặc Người giám hộ của NĐBH dưới 18 tuổi</b><br/>(Ký và ghi rõ họ tên)</p> |