

BẢN TRẢ LỜI BỔ SUNG THÔNG TIN SỨC KHOẺ

(kèm theo Giấy yêu cầu bảo hiểm số

Người kê khai (*):

Số CMND:

Bổ sung thông tin sức khỏe cho:

Số CMND/ GKS:

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 khi nào?

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 cam đoan những lời khai trên đây là đầy đủ và đúng sự thật.

Nhân viên tư vấn

(ký, ghi rõ họ tên)

Người kê khai

(ký, ghi rõ họ tên)

(*) **Người kê khai** ở đây là người cần xác minh/ bổ sung thông tin về sức khỏe, có thể là Người được bảo hiểm hoặc Bên mua bảo hiểm của hồ sơ yêu cầu bảo hiểm. Trường hợp Người được bảo hiểm là trẻ em, Người giám hộ hợp pháp sẽ là Người kê khai.

(**) Xin Quý khách hàng vui lòng gửi cho Công ty toàn bộ kết quả xét nghiệm, các giấy tờ y tế đã làm và đơn thuốc điều trị (nếu có) kèm theo **Bản trả lời bổ sung thông tin sức khỏe**.

