

## BẢNG CÂU HỎI BỆNH TIỂU ĐƯỜNG (BẢNG CÂU HỎI SỐ 04)

Hợp đồng bảo hiểm số: .....

Họ tên Người được bảo hiểm: .....

Quý khách vui lòng trả lời với các câu hỏi sau:

- Quý khách đã được chẩn đoán:  Tiểu đường tuýp 1  Tiểu đường tuýp 2  
 Rối loạn dung nạp đường huyết (Tiền tiểu đường)  Tiểu đường thai kỳ
- Lần đầu tiên Quý khách được chẩn đoán bệnh tiểu đường vào lúc nào? .....
- Nếu Quý khách điều trị tiểu đường tại bác sĩ/ cơ sở y tế, xin vui lòng cho biết:  
 Tên và địa chỉ của cơ sở y tế: .....  
 Bao lâu Quý khách đến khám tại cơ sở y tế một lần?.....  
 Ngày khám gần đây nhất: .....
- Quý khách có đang sử dụng thuốc điều trị tiểu đường không?  Có  Không  
 Nếu có, xin vui lòng cho biết chi tiết tên thuốc và liều lượng.....
- Quý khách có đang sử dụng thuốc Insulin điều trị tiểu đường không?  Có  Không  
 Nếu có, xin vui lòng cho biết liều lượng .....
- Quý khách có bao giờ bị hôn mê do tiểu đường không?  Có  Không  
 Nếu có, xin vui lòng cho biết chi tiết.....
- Quý khách có mắc phải những bệnh/ triệu chứng dưới đây không?

a. Những vấn đề về mắt	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
b. Cao huyết áp	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
c. Bệnh tim mạch khác (Đau ngực, thiếu máu cơ tim,...)	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
d. Có Protein (đạm) trong nước tiểu	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
e. Tê tay, chân	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
- Quý khách có phải nghỉ việc vì bệnh tiểu đường không?  Có  Không  
 Nếu có, xin vui lòng cho biết chi tiết (bao nhiêu lần, mỗi lần kéo dài bao lâu): .....
- Vui lòng cung cấp bản sao các đơn thuốc, giấy ra viện, kết quả xét nghiệm và các thông tin khác để hỗ trợ cho việc thẩm định hợp đồng bảo hiểm của Quý khách: .....

### Cam kết của Người được bảo hiểm/ Bên mua bảo hiểm:

Tôi/ chúng tôi cam đoan rằng các câu trả lời trong Bảng câu hỏi này là đầy đủ, đúng sự thật và là cơ sở để Công ty phát hành hợp đồng.

Người được bảo hiểm (Vui lòng ký và ghi rõ họ tên)

Người làm chứng (Vui lòng ký và ghi rõ họ tên)

(Nếu NĐBH < 18 tuổi thì Người đại diện theo pháp luật của NĐBH sẽ ký tại đây)

(Tư vấn bảo hiểm/ Đại diện/ Bác sĩ)

Ngày:.....

Ngày:.....

