

BẢNG CÂU HỎI BỆNH ĐƯỜNG TIÊU HÓA (BẢNG CÂU HỎI SỐ 06)

Hợp đồng bảo hiểm số:.....

Họ tên Người được bảo hiểm:

Quý khách vui lòng trả lời các câu hỏi sau:

1. Cho biết các bệnh đường tiêu hóa mà Quý khách mắc phải? (Viêm dạ dày, loét dạ dày tá tràng, viêm gan B, viêm gan C, viêm đại tràng, trĩ).....

2. Lần đầu tiên Quý khách được chẩn đoán bệnh kể trên là khi nào?

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?

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, nội soi,...).....

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 lý đường tiêu hóa 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 lý đường tiêu hóa 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 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)

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

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

(Tư vấn bảo hiểm/ Đại diện/ Bác sĩ)

Ngày:.....

Ngày:.....

