

## BẢN TRẢ LỜI BỔ SUNG THÔNG TIN SỨC KHOẺ

(kèm theo Giấy yêu cầu bảo hiểm số.....)

Người kê khai (\*):

Số CMND/CCCD/CC:

.....

.....

Bổ sung thông tin sức khỏe cho:

Số CMND/CCCD/CC/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.

Tôi/ Chúng tôi đồng ý rằng MVI Life được thu thập, xử lý, chuyển giao các thông tin, dữ liệu cá nhân do tôi/chúng tôi cung cấp trong Tờ khai này và các tài liệu liên quan kèm theo cho các hoạt động nhằm mục đích thực hiện yêu cầu của Bên mua bảo hiểm, giải quyết quyền lợi bảo

(\*) 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.



hiểm, phục vụ Hợp đồng bảo hiểm hoặc các mục đích hợp pháp khác theo thoả thuận đã ký kết hoặc thông báo khác có liên quan.

**Lưu ý về chữ ký**

- Trường hợp kê khai thông tin cho người từ đủ 18 tuổi: Người kê khai sẽ ký tên
- Trường hợp kê khai thông tin cho trẻ em:

<b>Người được kê khai thông tin</b>	<b>Người ký tên</b>		
< 7 tuổi	(i) Người kê khai		(ii) Cha/mẹ hoặc Người giám hộ hợp pháp của trẻ em
Từ 7 tuổi đến < 18 tuổi	(i) Người kê khai	(ii) Trẻ em	(iii) Cha/mẹ hoặc Người giám hộ hợp pháp của trẻ em

**Người kê khai**

*(Ký, ghi rõ họ tên)*

**Người có thông tin được kê khai là trẻ em**

*(Ký, ghi rõ họ tên)*

**Cha/ mẹ hoặc Người giám hộ của Người có thông tin được kê khai là trẻ em**

*(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.

