

## BẢNG CÂU HỎI BỆNH HEN SUYỄN (BẢNG CÂU HỎI SỐ 09)

Hợp đồng bảo hiểm số: .....

Họ tên Người được bảo hiểm (NĐBH): .....

Họ tên Bên mua bảo hiểm (BMBH): .....

Quý khách vui lòng cung cấp thông tin sức khỏe của NĐBH bằng cách trả lời các câu hỏi dưới đây:

- Lần đầu tiên Quý khách được chẩn đoán bệnh hen suyễn là khi nào? .....
- Có bao nhiêu đợt bệnh xuất hiện trong vòng 12 tháng qua? .....
- Cơn hen (suyễn) của Quý khách có xảy ra vào ban đêm không? Nếu có, bao nhiêu cơn/ tháng? .....
- Cơn hen (suyễn) mới nhất xảy ra vào lúc nào? .....
- Quý khách phải dùng loại điều trị nào sau đây:

	Có	Không
a. Dùng thuốc uống mỗi ngày	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Chỉ dùng thuốc uống khi lên cơn hen (suyễn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Chỉ sử dụng thuốc dạng hít khi lên cơn hen (suyễn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Dùng thuốc Steroids (kháng viêm):		
- uống không thường xuyên	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- uống liên tục	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- dạng tiêm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vui lòng cho biết tên thuốc, liều lượng dùng... Cung cấp bản sao các đơn thuốc.

.....  
.....

6. Trong 1 năm qua, Quý khách có phải nghỉ làm (hoặc nghỉ học) vì bệnh hen suyễn không?  Có  Không  
Nếu có, xin vui lòng cho biết thời gian bao lâu? .....

7. Trong 1 năm qua, Quý khách có từng nhập viện vì bệnh hen suyễn 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
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

8. 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: .....

.....

9. Xin cho biết tên và địa chỉ của bác sĩ mà bạn thường đến khám khi bị lên cơn hen (suyễn)? Bao lâu khám một lần? Lần đến khám gần đây nhất là vào lúc nào?

.....

10. 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 thẩm định hợp đồng.

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 Bản khai báo thông tin 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, thẩm định hợp đồng bảo hiểm, giải quyết quyền lợi bảo 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

- Liên quan đến thay đổi, thêm mới dữ liệu cá nhân của BMBH: BMBH sẽ ký tên
- Liên quan đến thay đổi, thêm mới dữ liệu cá nhân của NĐBH:

Tuổi NĐBH	Người ký tên		
< 7 tuổi	(i) BMBH		(ii) Cha/Mẹ hoặc Người giám hộ hợp pháp của NĐBH
Từ 7 tuổi đến dưới 18 tuổi	(i) BMBH	(ii) NĐBH	(iii) Cha/Mẹ hoặc Người giám hộ hợp pháp của NĐBH
≥ 18 tuổi	(i) BMBH	(ii) NĐBH	

**Bên mua bảo hiểm** (*Ký, ghi rõ họ tên*)

Ngày:.....

**Người được bảo hiểm** (*Ký, ghi rõ họ tên*) (NĐBH ≥ 7 tuổi)

Ngày: .....

**Cha/mẹ/ Người giám hộ của Người được bảo hiểm** (*Ký, ghi rõ họ tên*) (NĐBH < 18 tuổi)

Ngày:.....