

Người được Bảo hiểm: _____

Số Hợp đồng: _____

1. Quý khách vui lòng cho biết tên chẩn đoán bệnh khớp?

Nếu bệnh chưa được chẩn đoán, vui lòng miêu tả các triệu chứng.

2. Quý khách bị ảnh hưởng các khớp nào?

3. Lần đầu tiên phát hiện bệnh khớp là lúc nào?

Triệu chứng cụ thể là gì?

4. Có bao nhiêu đợt bệnh xuất hiện trong vòng 12 tháng qua?

☐ MRI

☐ CT-scan

☐ Xquang

☐ Siêu âm

☐ RF

☐ Acid Uric

☐ Khác

Xin cho biết ngày thực hiện và kết quả

5. Trong 12 tháng qua, Quý khách có bao nhiêu đợt bệnh?

6. Các triệu chứng này vẫn đang tồn tại?

☐ Có

☐ Không

Nếu có, vui lòng cho biết bệnh như thế nào

☐ Giảm

☐ Không đổi

☐ Tăng

Nếu không, triệu chứng lần cuối xảy ra khi nào?

7. Quý khách có bị hạn chế vận động hay biến chứng nào khác không?

☐ Có

☐ Không

Nếu có, vui lòng mô tả chi tiết

8. Quý khách có phải sử dụng bất kì phương tiện hỗ trợ nào (như xe lăn, nạng) hay cần người khác hỗ trợ trong các hoạt động sinh hoạt, đi lại hằng ngày không?

☐ Có

☐ Không

Nếu có, vui lòng cho biết chi tiết

9. Quý khách có được bác sĩ yêu cầu hoặc cân nhắc phẫu thuật do bệnh khớp không?

☐ Có

☐ Không

Nếu có, vui lòng cho biết chi tiết cụ thể

10. Quý khách có từng hoặc đang điều trị không?

☐ Có

☐ Không

Nếu có, vui lòng kê khai chi tiết

11. Vui lòng cho biết tình trạng hiện tại 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, trung thực và chính xác và là cơ sở để Techcom Life thẩm định hợp đồng.

NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

(Nếu NĐBH dưới 18 tuổi thì Người đại diện
theo pháp luật sẽ ký)
(Ký & Ghi rõ họ tên)

NGƯỜI LÀM CHỨNG

(Chuyên viên tư vấn/ đại diện)
(Ký & Ghi rõ họ tên)

Ngày ký:

Ngày ký: