

BẢNG CÂU HỎI BỆNH MẮT

Người được Bảo hiểm: Số Hợp đồng:

1. Quý khách vui lòng cho biết chẩn đoán cụ thể bệnh mắt?
Nếu không có chẩn đoán, vui lòng mô tả triệu chứng:

2. Các triệu chứng/chẩn đoán xuất hiện lần đầu tiên khi nào?

3. Nguyên nhân gây ra các triệu chứng/ bệnh là?
☐ Không có nguyên nhân ☐ Do di truyền
☐ Tai nạn ☐ Liên quan các bệnh lý khác, ghi rõ bệnh

Vui lòng mô tả cụ thể các lựa chọn

4. Quý khách có bị tăng nhãn áp không?
☐ Có ☐ Không

5. Quý khách có bị giảm hoặc mất thị lực không?
☐ Có ☐ Không

Nếu có, vui lòng cho biết thông tin

• Giảm/ Mất thị lực do?
☐ Bẩm sinh ☐ Mắc phải (bệnh lý) từ lúc

• Quý khách giảm/ mất thị lực ở mắt nào?
☐ Trái ☐ Phải ☐ Cả hai

• Thị lực của Quý khách khôi phục sau khi?
☐ Điều trị Laser ☐ Mang kính/ kính áp tròng

6. Quý khách đã được điều trị gì cho triệu chứng/ tình trạng bệnh này
☐ Không cần điều trị ☐ Lase ☐ Thay giác mạc
☐ Dùng thuốc (Vui lòng cho biết tên thuốc và liều dùng)
☐ Khác

7. Ông bà có biến chứng khi mắc bệnh không?
☐ Có ☐ Không

Vui lòng cho biết cụ thể

8. Quý khách có bị những biến chứng của bệnh lao hay không?
☐ Có ☐ Không

Vui lòng cho biết tần suất trong 12 tháng qua

9. 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: