

BẢNG CÂU HỎI BỆNH TAI

Người được Bảo hiểm:

Số Hợp đồng:

1. Quý khách vui lòng cho biết chẩn đoán cụ thể bệnh tai?

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. Bác sĩ chẩn đoán bệnh/ triệu chứng của Quý khách là cấp tính hay mạn tính?

5. Quý khách có bị giảm hoặc mất thính lực không?

- ☐ Có ☐ Không

Nếu có, vui lòng cho biết thông tin

• Giảm/ Mất thính lực do?

- ☐ Bẩm sinh ☐ Mắc phải (bệnh lý) từ lúc

• Quý khách có đang sử dụng máy trợ thính không?

- ☐ Có ☐ Không

• Sau khi có máy trợ thính, thính lực Quý khách bình thường?

- ☐ Có ☐ Không

6. Quý khách có từng điều trị phẫu thuật không?

Nếu có, vui lòng cho biết các thông tin dưới đây:

• Loại phẫu thuật

• Vị trí phẫu thuật

• Ngày phẫu thuật

7. Quý khách đã được điều trị gì khác cho triệu chứng/ tình trạng bệnh này

- ☐ Không cần điều trị ☐ Máy trợ thính ☐ Cấy điện cực ốc tai
☐ Dùng thuốc (Vui lòng cho biết tên thuốc và liều dùng)
☐ Khác (Vui lòng ghi chi tiết)

8. Ông bà có biến chứng khi mắc bệnh không?

- ☐ Có ☐ Không

Vui lòng cho biết cụ thể

9. Bệnh/ triệu chứng này có tái phát không?

- ☐ Có ☐ Không

Vui lòng cho biết tần suất trong 12 tháng qua

10. 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)

Ngày ký:

NGƯỜI LÀM CHỨNG

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

Ngày ký: