

BẢNG CÂU HỎI TỔNG QUÁT

Người được Bảo hiểm:

Số Hợp đồng:

1. Quý khách vui lòng mô tả các triệu chứng, dấu hiệu bệnh

2. Các triệu chứng này xuất hiện lần đầu tiên khi nào?

3. Bệnh lý tuyến giáp của Quý khách có xác định được nguyên nhân không?

4. Các xét nghiệm đã thực hiện và kết quả:

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

☐ Không cần điều trị

☐ Dùng thuốc (Vui lòng cho biết tên thuốc và liều dùng)

☐ Phẫu thuật

• Loại phẫu thuật

• Ngày phẫu thuật

• Kết quả giải phẫu bệnh

• Thời gian kết thúc điều trị

☐ Hóa trị/ Xạ trị

• Ngày bắt đầu

• Ngày kết thúc (nếu chưa kết thúc, vui lòng ghi rõ)

☐ Khác. Vui lòng ghi rõ

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

☐ Có

☐ Không

Vui lòng cho biết tần suất trong 12 tháng qua

7. Quý khách có biến chứng nào không?

☐ Đã khỏi hoàn toàn, không biến chứng/ di chứng/ giới hạn vận động, không cần điều trị/ tái khám nữa. Ngày kết thúc triệu chứng

☐ Không còn triệu chứng bệnh nhưng vẫn phải theo dõi tái khám hoặc điều trị thuốc. Ngày tái khám

☐ Vẫn còn triệu chứng. Mô tả các triệu chứng hiện tại

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: