

BẢNG CÂU HỎI BỆNH HEN SUYỄN

Người được Bảo hiểm: _____ Số Hợp đồng: _____

1. Lần đầu tiên Quý khách được chẩn đoán bệnh hen suyễn là khi nào? _____

2. Có bao nhiêu đợt xuất hiện triệu chứng hen suyễn trong vòng 3 tháng qua? _____

3. Cơn hen (suyễn) của Quý khách có xảy ra vào ban đêm không? ☐ Có ☐ Không

Nếu có, bao nhiêu cơn/ tháng? _____

4. Cơn hen (suyễn) gần nhất xảy ra vào lúc nào (tháng/ năm)? _____

5. Quý khách phải dùng dạng thuốc điều trị nào sau đây?

☐ Dùng thuốc uống (cho biết tên thuốc) _____

☐ Chỉ sử dụng khi lên cơn hen (suyễn)

☐ Sử dụng liên tục (mỗi ngày)

☐ Dùng thuốc hít (cho biết tên thuốc) _____

☐ Chỉ sử dụng khi lên cơn hen (suyễn)

☐ Sử dụng liên tục (mỗi ngày)

☐ Dùng thuốc tiêm (cho biết tên thuốc và thời gian sử dụng) _____

6. Hiện tại Quý khách có đang điều trị hen suyễn không? ☐ Có ☐ Không

Nếu không, xin vui lòng cho biết thời điểm dừng điều trị? _____

7. Trong 2 năm qua, Quý khách có từng nhập viện vì bệnh hen suyễn không? ☐ Có ☐ Không

Nếu có, xin vui lòng cho biết chi tiết số đợt nằm viện? _____

8. Quý khách có từng thực hiện kiểm tra chức năng phổi (đo chức năng hô hấp) hay không? ☐ Có ☐ Không

Nếu có, xin vui lòng cho biết ngày thực hiện và kết quả: _____

9. Bệnh kể trên có gây biến chứng gì không (nhiễm trùng hô hấp, xẹp phổi, suy hô hấp...)? ☐ Có ☐ Không

Nếu có, xin vui lòng cho biết chi tiết: _____

10. Vui lòng cho biết tình trạng hiện tại của Quý khách:

11. Quý khách có lưu giữ chứng từ y khoa của bệnh nêu trên và sẽ cung cấp về Công ty?

☐ Có ☐ Không

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 TechcomLife thẩm định hợp đồng.

BÊN MUA BẢO HIỂM

(Ký & Ghi rõ họ tên)

NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

(Ký^(*) & Ghi rõ họ tên)

CHUYÊN VIÊN TƯ VẤN

(Ký & Ghi rõ họ tên)

Ngày ký: _____

Ngày ký: _____

Ngày ký: _____

() NĐBH chưa thành niên (chưa đủ 18 tuổi) hoặc mất năng lực hành vi dân sự hoặc có khó khăn trong nhận thức, làm chủ hành vi hoặc bị hạn chế năng lực hành vi dân sự: Cha/Mẹ/Người giám hộ của NĐBH ký tên. Cha/Mẹ/Người giám hộ NĐBH không biết chữ điểm chỉ xác nhận sau khi được Bên mua bảo hiểm đọc kỹ, giải thích về nội dung văn bản.*
