

THÔNG TIN BỔ SUNG LIÊN QUAN ĐẾN BỆNH CAO HUYẾT ÁP

Giấy yêu cầu bảo hiểm số:

Họ và tên khách hàng:

Ngày tháng năm sinh:

Ngày cấp:

Số CMTND:

Quý khách vui lòng cung cấp thông tin chi tiết theo các câu hỏi dưới đây:

1. Quý khách đã bao giờ tự kiểm tra hoặc được kiểm tra huyết áp chưa?

Nếu “có”, các chỉ số cao nhất của huyết áp tối đa và huyết áp tối thiểu đo được là bao nhiêu mmHg?

2. Quý khách được phát hiện hoặc chẩn đoán Cao huyết áp:

- Từ thời gian nào (ngày.....tháng.....năm.....)
- Tại bệnh viện hoặc cơ sở y tế nào?

3. Quý khách đã bao giờ phải sử dụng bất kỳ một biện pháp nào để điều chỉnh huyết áp của bản thân như: cải thiện chế độ ăn uống, sử dụng thuốc điều trị...

Nếu “có”, xin cho biết cụ thể biện pháp đó là gì?

4. Quý khách đã bao giờ sử dụng thuốc hạ áp khẩn cấp chưa (viên ngậm hoặc nhỏ giọt dưới lưỡi Adalat)?

5. Quý khách đã bao giờ bị tai biến do Cao huyết áp chưa?

Nếu “có”, biểu hiện cụ thể là gì và hiện còn để lại di chứng gì?

6. Hiện nay Quý khách có đang điều trị cao huyết áp không?

Nếu “có”, xin cho biết loại thuốc và liều sử dụng.

Cam kết của khách hàng:

Tôi xin cam đoan những lời khai trong bản Thông tin bổ sung này cũng như bất cứ thông tin nào khác mà tôi cung cấp cho Bảo Việt Nhân thọ là đầy đủ và đúng sự thật. Tôi đồng ý rằng bản Thông tin bổ sung này là một bộ phận của Giấy yêu cầu bảo hiểm của tôi đối với Bảo Việt Nhân thọ.

Ngày.....tháng.....năm.....

Bên mua bảo hiểm/ Người được bảo hiểm

(ký và ghi rõ họ tên)

Ngày.....tháng.....năm.....

Người tiếp nhận

(ký và ghi rõ họ tên)