



Bảng Câu Hỏi Chấn Thương Đầu



Số Hợp đồng bảo hiểm (BH):

Họ và tên Người được BH:

Số CC/CCCD/Hộ chiếu:

T/T	Câu hỏi	Trả lời chi tiết
1	<p><u>Các dấu hiệu và triệu chứng:</u></p> <p>Vui lòng cho biết bị chấn thương đầu khi nào (tháng...? Năm...? nguyên nhân gây chấn thương đầu và các dấu hiệu hoặc triệu chứng đã khiến Người được BH đến Bác sĩ thăm khám?</p> <p>Sau chấn thương tỉnh hay mê, có giai đoạn hôn mê không?</p> <p>Có tình trạng rạn nứt hay bể xương sọ không?</p> <p>Có chảy máu dịch ra từ đầu, mũi miệng sau chấn thương không?</p> <p>Có chấn thương khác kèm theo như gãy xương? chấn thương ngực bụng?</p>	
2	<p><u>Chẩn đoán</u></p> <p>a) Vui lòng cho biết chẩn đoán khi vào ra viện là gì?</p> <p>b) Nếu có xét nghiệm máu, XQ, MRI... Vui lòng cho biết loại xét nghiệm, ngày thực hiện và kết quả xét nghiệm.</p>	
3	<p><u>Điều trị :</u></p> <p>a) Người được BH đã được điều trị thế nào, có Phẫu thuật hay không? Nếu Có, vui lòng cho biết loại phẫu thuật và ngày phẫu thuật</p> <p>Vui lòng cho biết chẩn đoán xác định sau phẫu thuật?</p> <p>b) Hiện nay Người được BH có còn đang điều trị không? Nếu Có, vui lòng cho biết loại điều trị và thuốc mà Người được BH đang điều trị. Nếu không, vui lòng cho biết ngày Bác sĩ đã cho ngưng điều trị.</p> <p>c) Người được BH đã bao giờ phải nhập viện vì tình trạng sức khỏe kém do chấn thương đầu?</p> <p>Nếu Có, vui lòng cho biết Tên bệnh viện và thời gian nhập/xuất viện.</p> <p>d) Người được BH đã phải nghỉ làm việc vì tình trạng bệnh tật này? Nếu Có, vui lòng cho biết Số ngày đã nghỉ việc để chữa bệnh.</p>	<p>Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Số ngày nghỉ <input type="text"/></p>
4	<p><u>Tình trạng hiện tại</u></p> <p>Người được BH đã khởi hoàn toàn, không còn bất kỳ bất thường nào nữa hoặc đi chứng, biến chứng, giới hạn các hoạt động kể cả phát sinh trong quá trình điều trị đã phục hồi chưa?</p> <p>Vui lòng cho biết Ngày cuối cùng kết thúc phần theo dõi hoặc ngày tái khám/xét nghiệm/ kiểm tra sắp tới.</p>	
5	<p>Vui lòng cho biết Họ và Tên, địa chỉ của Bác sĩ khám/kiểm tra/điều trị bệnh cho Người được bảo hiểm nêu trên.</p>	

Tôi cam đoan tất cả những câu trả lời trên đây của Tôi là đầy đủ, chính xác, trung thực và hiểu rằng những khai báo này là bằng chứng bảo hiểm để Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ FWD Việt Nam xem xét cấp Hợp đồng bảo hiểm theo Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm của Tôi.

Tôi đồng ý rằng nếu các thông tin khai báo trên không đầy đủ, chính xác và trung thực, mọi Hợp đồng bảo hiểm hoặc Quyền lợi bảo hiểm được cấp liên quan đến Bản câu hỏi này sẽ bị đình chỉ và giải quyết theo quy định tại Hợp đồng bảo hiểm và Pháp luật.

Bên mua bảo hiểm (Vui lòng ký và ghi rõ họ tên)	Người được bảo hiểm (Vui lòng ký và ghi rõ họ tên)	Tư vấn tài chính (Vui lòng ký và ghi rõ họ tên)
<p>Chữ ký: <input type="text"/></p> <p>Họ và tên: <input type="text"/></p> <p>Ngày ký: <input type="text"/></p>	<p>Chữ ký: <input type="text"/></p> <p>Họ và tên: <input type="text"/></p> <p>Ngày ký: <input type="text"/></p>	<p>Chữ ký: <input type="text"/></p> <p>Họ và tên: <input type="text"/></p> <p>Ngày ký: <input type="text"/></p>