Bảng Câu Hỏi Chi Tiết Sức Khỏe

Số Hợp đồng bảo hiểm (BH):

Họ và tên Người được BH:

Số CC/CCCD/Hộ chiếu:

Những chi tiết sau trả lời bổ sung cho câu hỏi về.....trong Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm nêu trên

T/T	Câu hỏi	Trả lời chi tiết
1	<u>Các dấu hiệu và triệu chứng:</u> Vui lòng cho biết các dấu hiệu hoặc triệu chứng đã khiến Người được BH đến Bác sĩ thăm khám? Vui lòng nêu rõ những dấu hiệu hoặc triệu chứng này xuất hiện đầu tiên khi nào?	
2	<u>Chẩn đoán:</u> a) Vui lòng cho biết chẩn đoán và nguyên nhân gây bệnh là gì? Ngày Người được BH được chẩn đoán là khi nào? b) Nếu có xét nghiệm máu, siêu âm, sinh thiết, điện tâm đồ, CT scan... vui lòng cho biết loại xét nghiệm, ngày thực hiện và kết quả xét nghiệm.	
3	<u>Điều trị:</u> a) Người được BH đã được điều trị hoặc cho thuốc để điều trị cho tình trạng này? Nếu Có, vui lòng cho biết ngày điều trị đầu tiên, loại điều trị và/hoặc thuốc đã dùng để điều trị. 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. c) Người được BH đã bao giờ phải nhập viện vì tình trạng sức khỏe này? Nếu Có, vui lòng cho biết Tên bệnh viện và thời gian nhập/xuất viện. d) Người được BH đã được phẫu thuật? Nếu Có, vui lòng cho biết loại phẫu thuật và ngày phẫu thuật. e) Vui lòng cho biết chẩn đoán xác định sau phẫu thuật? Xin nêu rõ kết quả giải phẫu bệnh? f) Người được BH có được điều trị hóa trị hoặc xạ trị không? Nếu Có, vui lòng cho biết chi tiết và thời gian điều trị? g) 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.	Có ☐ Không ☐ Số ngày nghỉ: ☐☐
4	<u>Tình trạng hiện tại:</u> a) Ngày bị bệnh/có triệu chứng cuối cùng? b) Số lần/cơn bị bệnh trong vòng 12 tháng qua? c) Từ lúc bắt đầu bị bệnh, số lần/cơn bị bệnh là bao nhiêu? d) Người được BH đã khỏi hoàn toàn, không còn bất kỳ bất thường nào nữa hoặc di chứng, biến chứng, giới hạn các hoạt động kể cả phát sinh trong quá trình điều trị đã phục hồi chưa? Vui lòng cho biết Ngày cuối cùng kết thúc phần theo dõi hoặc ngày tái khám/xét nghiệm/ kiểm tra sắp tới.	
5	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.	

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)
Chữ ký:	Chữ ký:	Chữ ký:
Họ và tên:	Họ và tên:	Họ và tên:
Ngày ký: / /	Ngày ký: / /	Ngày ký: / /