

**Bảng Câu Hỏi Bệnh Hen – Suyễn**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   | Số cơn hen suyễn Người được BH mắc phải mỗi tuần   |                  |
| 2   | Mỗi cơn hen suyễn của Người được BH thường kéo dài bao lâu?  |                  |
| 3   | Lần đầu tiên Người được BH mắc bệnh hen suyễn là khi nào?  |                  |
| 4   | Lần mắc bệnh gần nhất của Người được BH là khi nào?  |                  |
| 5   | Người được BH đã được điều trị hen suyễn với những loại thuốc nào: hít, thuốc uống hay tiêm?                   |                  |
| 6   | Người được BH đã phải nhập viện điều trị vì bệnh hen suyễn này chưa?   |                  |
| 7   | Ngoài hen suyễn, Người được BH có bệnh lý hoặc vấn đề gì về đường hô hấp không?                                |                  |
| 8   | Vui lòng cho biết tên và địa chỉ Bác sĩ/thầy thuốc mà Người được BH đã và đang thăm khám và chữa trị bệnh này? |                  |

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.

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