



Bảng Câu Hỏi Bệnh Tim Mạch



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	Bệnh tim của Người được BH được phát hiện lần đầu tiên khi nào? Vui lòng cho biết chẩn đoán khi đó?	
2	Vui lòng cho biết lý do/hoàn cảnh nào mà Người được BH khám và phát hiện bệnh tim?	
3	Vui lòng cho biết tên hoặc địa chỉ của Bác sĩ/Cơ sở y tế đã và đang điều trị cho Người được BH.	
4	Người được BH có đang theo chế độ dinh dưỡng chuyên biệt hoặc dùng thuốc điều trị mỗi ngày? Nếu có, vui lòng ghi rõ tên thuốc điều trị mỗi ngày.	
5	Người được BH có bao giờ nhập viện vì bệnh tim? Nếu có, vui lòng ghi rõ tên hoặc địa chỉ Bệnh viện/Cơ sở y tế đã tham gia điều trị.	
6	Bệnh tim của Người được BH có triệu chứng hay biến chứng nào không (đau ngực, khó thở, ngất...)? Nếu có vui lòng cho biết thông tin cụ thể, chi tiết.	
7	Xin vui lòng cho biết Ngày thực hiện và Kết quả của những xét nghiệm máu, nước tiểu, X- quang, Điện tâm đồ, siêu âm tim... mà Người được BH đã thực hiện trước hoặc sau khi điều trị bệnh tim.	
8	Ngoài bệnh tim ở trên, Người được BH có các bệnh lý đi kèm như: tăng huyết áp, tăng mỡ máu, tiểu đường. ...hay không? Nêu cụ thể tên bệnh và thuốc điều trị nếu có.	

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: <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"/>