



Bảng Câu Hỏi Bệnh Động Kinh



Số Hợp đồng bảo hiểm (BH):

Họ và tên Người được BH:

Số CCCD/Hộ chiếu:

T/T	Câu hỏi	Trả lời chi tiết
1	Bác sĩ của Người được BH đã thông báo bệnh của Người được BH là nặng hay nhẹ?	
2	Số lần/cơn bệnh Người được BH mắc phải mỗi tuần/mỗi tháng tháng/mỗi năm?	
3	Cơn bệnh thường xuất hiện vào thời điểm nào trong ngày? Ban ngày hay đêm?	
4	Cơn động kinh lần đầu tiên của Người được BH xảy ra khi nào?	
5	Cơn động kinh gần nhất xảy ra khi nào?	
6	Đã bao giờ Người được BH phải nhập viện để điều trị Cơn động kinh?	
7	Vui lòng cho biết phương pháp mà Người được BH đã điều trị, VD: dùng thuốc uống, thuốc tiêm hoặc sốc điện để điều trị..vv.	
8	Người được BH đã được làm Điện não đồ (EEG) để kiểm tra chưa? Nếu có, vui lòng cho biết ngày và kết quả kiểm tra.	
9	Vui lòng cho biết tên và địa chỉ Bác sĩ đã thăm khám và điều trị cho Người được BH.	

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"/>