



Bảng Câu Hỏi Đau Thắt Ngực



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	Cơn đau thắt ngực xảy ra vào ngày nào/khoảng thời gian nào?	
2	Sau Cơn đau thắt ngực, có còn cơn nào xảy ra sau đó? Nếu có, khi nào?	
3	Cơn đau thắt ngực đau tại vị trí nào trong ngực? Giữa ngực, bên trái hay bên phải, lan trước ngực hay vị trí nào khác trong ngực ?	
4	Kiểu đau và mức độ nặng của cơn đau? VD: rất nặng, đau thắt, ép ngực, đau như dao đâm, cảm giác hẫng trong ngực, không rõ ràng...vv.	
5	Cơn đau có lan ra bên ngoài ngực không? VD: lan lên hai vai, lan dọc cánh tay, lan lên cổ, lan xuống hướng bụng.	
6	Cơn đau thắt ngực khởi phát như thế nào? VD: đột ngột hay từ từ, khởi phát lúc nghỉ ngơi hay lúc gắng sức sau đó giảm dần lúc nghỉ ngơi, hay chỉ đau ở một tư thế nào đó, đau khi hít thở sâu?	
7	Cơn đau thắt ngực thường kéo dài bao lâu?	
8	Người được BH đã được điều trị cho Cơn đau thắt ngực này chưa? Nếu có, vui lòng ghi chi tiết.	
9	Nếu đã được điều trị, Người được BH vui lòng cho biết Tên và địa chỉ Bác sĩ thăm khám và điều trị Cơn đau thắt ngực của mình.	

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"/>