Bảng Câu Hỏi Bệnh Tiểu Đường

FWD insurance

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 Tiểu đường của Người được BH được phát hiện lần đầu tiên khi nào?	
2	Vui lòng cho biết tên và địa chỉ Bác sĩ hoặc cơ sở y tế đang và đã điều trị cho Người được BH?	
3	Người được BH đang phải theo chế độ ăn kiêng để kiểm soát tiểu đường không?	
4	Người được BH có điều trị với Insulin? Nếu có, vui lòng ghi rõ số Đơn vị điều trị mỗi ngày.	
5	Người được BH có điều trị tiểu đường bằng thuốc uống? Nếu có, vui lòng ghi rõ loại thuốc và liều dùng hàng ngày.	
6	Người được BH có phải thay đổi liều dùng thuốc tiểu đường hoặc insulin trong vòng 2 năm qua không? Nếu có, vui lòng ghi rõ chi tiết.	
7	(i) Hiện nay, xét nghiệm nước tiểu của Người được BH đã hết đường chưa? (ii) Từ trước đến nay, xét nghiệm nước tiểu của Người được BH có đường không?	
8	Từ khi bắt đầu điều trị đến nay, Người được BH có khi nào bị hôn mê do tiểu đường hoặc do Insulin không? Nếu có, vui lòng ghi rõ chi tiết.	

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: / /