

BẢNG CÂU HỎI VỀ TÌNH TRẠNG ĐAU NGỰC (BẢNG CÂU HỎI SỐ 02)

Hợp đồng bảo hiểm số:

Họ tên Người được bảo hiểm:

Quý khách vui lòng trả lời các câu hỏi sau:

1. Lần đầu tiên Quý khách đau ngực vào lúc nào?

2. Mô tả vị trí vùng đau tức ngực (ví dụ: đau giữa xương ức, đau phía phải/ trái xương ức và lan dọc theo cánh tay trái hoặc lan lên phía cổ).

3. Vui lòng mô tả mức độ đau ngực? Đau dữ dội Đau âm ỉ Đau nhói Đau thắt

4. Cơ đau tức ngực xảy ra như thế nào?

Cơ đau kéo dài bao lâu? Vài giây Vài phút Hơn 30 phút Khác

5. Yếu tố thuận lợi nào làm cơn đau xảy ra? Đi bộ Lên cầu thang Làm việc nặng Khác

6. Khoảng cách giữa các cơn đau? Đau liên tục Hàng ngày Hàng tuần Khác

7. Lần sau cùng cơn đau xảy ra khi nào?

8. Quý khách đã được điều trị bệnh đau tức ngực tại bác sĩ/ cơ sở y tế nào chưa? Có Không

Có được làm xét nghiệm như điện tâm đồ, siêu âm tim, X-quang? Có Không

Nếu có, xin vui lòng cho biết chi tiết tên, địa chỉ và ngày đến khám lần cuối. Cung cấp bản sao các kết quả xét nghiệm.....

9. Quý khách có được điều trị không? Có Không

Nếu có, xin vui lòng cho biết tên và liều lượng thuốc điều trị:

10. Quý khách có nằm viện để điều trị và theo dõi tình trạng đau tức ngực không? Có Không

Nếu có, xin vui lòng cho biết chi tiết

11. Vui lòng cung cấp các bản sao kết quả xét nghiệm, đơn thuốc, Giấy ra viện và các thông tin khác để hỗ trợ cho việc thẩm định hợp đồng bảo hiểm của Quý khách.

Cam kết của Người được bảo hiểm/ Bên mua bảo hiểm:

Tôi/ chúng tôi cam đoan rằng các câu trả lời trong Bảng câu hỏi này là đầy đủ, đúng sự thật và là cơ sở để Công ty phát hành hợp đồng.

Người được bảo hiểm (Vui lòng ký và ghi rõ họ tên)

(Nếu NĐBH < 18 tuổi thì Người đại diện theo pháp luật của NĐBH sẽ ký tại đây)

Người làm chứng (Vui lòng ký và ghi rõ họ tên)

(**Tư vấn bảo hiểm/ Đại diện/ Bác sĩ**)

Ngày:.....

Ngày:.....

