

BẢNG CÂU HỎI ĐẦU ĐẦU

Người được Bảo hiểm:

Số Hợp đồng:

1. Quý khách đã/ đang có các triệu chứng nào sau đây? (nhiều lựa chọn)

☐ Đau đầu ☐ Chóng mặt ☐ Khác

2. Quý khách đã được chẩn đoán cụ thể bệnh do các triệu chứng trên chưa?

☐ Có ☐ Không

Nếu có, vui lòng ghi rõ chẩn đoán

3. Triệu chứng đầu tiên xảy ra khi nào?

4. Trong 12 tháng qua, Quý khách có bao nhiêu đợt bệnh?

5. Các triệu chứng này vẫn đang tồn tại?

☐ Có ☐ Không

Nếu có, vui lòng cho biết bệnh như thế nào?

☐ Giảm ☐ Không đổi ☐ Tăng

Nếu không, triệu chứng lần cuối xảy ra khi nào?

6. Quý khách có từng gặp phải một trong các triệu chứng dưới đây không?

☐ Rối loạn thị giác (nhìn mờ, giảm thị lực, nhìn đôi, nhìn lóa...)

☐ Rối loạn khả năng nghe và nói (ù tai, giảm thính lực, nói khó, nói lắp...)

☐ Rối loạn vận động và cảm giác (tê bì, mất cảm giác, cảm giác kiến bò, ngứa, dị cảm, yếu liệt, giảm sức cơ, đi lại khó khăn, mất thăng bằng...)

☐ Mất ý thức, tiêu tiểu không tự chủ, đau hay liệt mặt

Bất kỳ triệu chứng nào khác các triệu chứng trên, nếu Quý khách có vui lòng ghi rõ thời gian mắc bệnh, mức độ.

7. Quý khách có từng CT-scan hoặc MRI sọ não chưa?

☐ Có ☐ Không

Nếu có, vui lòng cho biết kết quả như thế nào?

☐ Bình thường ☐ Bất thường

Ghi rõ các bất thường nếu có

8. Quý khách có từng phải nghỉ học/ nghỉ làm hay nhập viện điều trị không?

☐ Có ☐ Không

9. Quý khách có phải điều trị bệnh không?

☐ Có ☐ Không

Nếu có, vui lòng ghi rõ phương pháp điều trị

10. Quý khách đã kết thúc điều trị chưa?

☐ Có ☐ Chưa

11. Vui lòng cho biết tình trạng hiện tại 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, trung thực và chính xác và là cơ sở để Techcom Life thẩm định hợp đồng.

NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

(Nếu NĐBH dưới 18 tuổi thì Người đại diện
theo pháp luật sẽ ký)
(Ký & Ghi rõ họ tên)

NGƯỜI LÀM CHỨNG

(Chuyên viên tư vấn/ đại diện)
(Ký & Ghi rõ họ tên)

Ngày ký:

Ngày ký: