

BẢNG CÂU HỎI ĐAU ĐẦU

Người được Bảo hiểm: _____ Số Hợp đồng: _____

1. Bệnh đau đầu khởi phát từ khi nào? _____

2. Nguyên nhân đau đầu đã được chẩn đoán xác định hay chưa? ☐ Có ☐ Không

Nếu có, xin vui lòng cho biết tên chẩn đoán: _____

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

4. Các triệu chứng này vẫn đang tồn tại? ☐ Có ☐ Không

Nếu không, xin vui lòng cho biết triệu chứng lần cuối xảy ra khi nào? _____

Nếu có, vui lòng cho biết bệnh thay đổi theo chiều hướng nào?

☐ Giảm ☐ Không đổi ☐ Tăng

5. Bệnh đau đầu của Quý khách có kèm theo các triệu chứng dưới đây không? ☐ Có ☐ Không

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

☐ 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

6. Bệnh được điều trị thế nào?

☐ Chỉ theo dõi

☐ Điều trị nội khoa (cho biết tên thuốc) _____

☐ Khác (cho biết chi tiết) _____

7. Hiện tại Quý khách có đang phải điều trị bệnh không? ☐ Có ☐ Không

Nếu không, vui lòng cho biết thời điểm bắt đầu và kết thúc điều trị: _____

8. Quý khách có từng chụp CT-scan hoặc MRI sọ não chưa? ☐ Có ☐ Không

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

☐ Bình thường ☐ Bất thường (cho biết chi tiết) _____

9. Quý khách có từng phải nhập viện điều trị do đau đầu không?

☐ Có ☐ Không

Nếu có, xin vui lòng cho biết thời gian nằm viện: _____

10. Vui lòng cho biết tình trạng hiện tại của Quý khách:

11. Quý khách có lưu giữ chứng từ y khoa của bệnh nêu trên và sẽ cung cấp về Công ty?

☐ Có ☐ Không

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 TechcomLife thẩm định hợp đồng.

BÊN MUA BẢO HIỂM

(Ký & Ghi rõ họ tên)

NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

(Ký^(*) & Ghi rõ họ tên)

CHUYÊN VIÊN TƯ VẤN

(Ký & Ghi rõ họ tên)

Ngày ký: _____

Ngày ký: _____

Ngày ký: _____

() NĐBH chưa thành niên (chưa đủ 18 tuổi) hoặc mất năng lực hành vi dân sự hoặc có khó khăn trong nhận thức, làm chủ hành vi hoặc bị hạn chế năng lực hành vi dân sự: Cha/Mẹ/Người giám hộ của NĐBH ký tên. Cha/Mẹ/Người giám hộ NĐBH không biết chữ điểm chỉ xác nhận sau khi được Bên mua bảo hiểm đọc kỹ, giải thích về nội dung văn bản.*