

PHIẾU CÂU HỎI ĐIỀU TRA SỨC KHỎE TRẺ EM

Mã số hợp đồng:	Người được bảo hiểm:	Đơn vị kinh doanh:	Nhân viên đại lý:
-----------------	----------------------	--------------------	-------------------

Chân thành cảm ơn Quý khách đã lựa chọn sản phẩm bảo hiểm của Công ty Bảo hiểm nhân thọ Fubon Việt Nam! Bên mua bảo hiểm/ Người được bảo hiểm xin vui lòng đọc kỹ những nội dung dưới đây, đồng thời bổ sung chi tiết các thông tin có liên quan, sau đó chuyển lại cho Công ty chúng tôi trong thời gian sớm nhất. Xin cảm ơn sự hợp tác của Quý khách!

A. Ghi chép về việc sinh đẻ:

1. Hình thức sinh: Sinh thường Sinh mổ

Nếu không phải sinh thường, xin vui lòng ghi rõ nguyên nhân: _____

2. Thời gian mang thai: Thai nhi sinh đủ tháng Sinh non Sinh muộn

Số tuần mang thai: _____ tuần, cân nặng lúc sinh: _____ Kg

3. Khi mới sinh trẻ có bị nhiễm bệnh gì không? Không Có, xin ghi rõ: _____

Bệnh có để lại di chứng hay bệnh chứng gì không? Không Có, ghi rõ: _____

B. Tình trạng sức khỏe:

1. Trẻ khi sinh có mắc dị tật bẩm sinh nào không? Không Có, xin ghi rõ: _____

2. Trẻ sinh ra có khiếm khuyết gì không? Không Có, ghi rõ bộ phận khiếm khuyết và nguyên nhân: _____

3. Đã từng bị bệnh phải phẫu thuật hay điều trị bằng thuốc, hoặc đang trong thời gian chờ đợi, xem xét bệnh, được đề nghị dùng thuốc điều trị?

Không Có, xin ghi rõ: _____

4. Chiều cao hiện tại: _____ Cm, cân nặng: _____ Kg

5. Nếu từng điều trị vì mắc một trong các vấn đề kể trên, xin vui lòng cung cấp những giấy tờ có liên quan đến việc điều trị.



Ngày điền Phiếu câu hỏi điều tra sức khỏe

Ngày ___ / ___ / ___

Tôi xin cam đoan các nội dung trả lời trong Phiếu câu hỏi điều tra trên đây là đầy đủ và đúng sự thật theo như tôi từng được biết/theo hiểu biết của tôi và được đích thân tôi ký tên xác nhận. Phiếu câu hỏi điều tra này cùng với đơn yêu cầu bảo hiểm là một phần cấu thành hợp đồng bảo hiểm và không thể tách rời.

Chữ ký Bên mua bảo hiểm

Họ tên: _____

Chữ ký Người được bảo hiểm

(Dưới 12 tuổi có thể để người đại diện trước pháp luật ký tên Người được bảo hiểm)

Họ tên: _____

Chữ ký Người đại diện trước pháp luật

(Nếu người được bảo hiểm chưa đủ 18 tuổi thì người đại diện theo pháp luật phải ký tên đồng ý, đồng thời phải ghi rõ quan hệ với Bên mua bảo hiểm/ người được bảo hiểm)

Có mối quan hệ: _____ với Người được bảo hiểm

Số CMTND/ Số Hộ chiếu: _____

Số điện thoại liên lạc: _____

Họ tên: _____

Chữ ký Nhân viên đại lý (người làm chứng):

Tôi xác nhận chữ ký trên là của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người đại diện trước pháp luật được ký tại thời điểm Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người đại diện trước pháp luật có năng lực hành vi dân sự phù hợp theo quy định của pháp luật, trước sự có mặt của tôi.

Mã số nhân viên: _____

Mã đơn vị kinh doanh: _____

Số điện thoại liên lạc: _____

Họ tên: _____