

TỜ KHAI THÔNG TIN

HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM SỐ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

A - CHI TIẾT VỀ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM					
1. Họ và tên (<i>ghi bằng chữ in hoa</i>)	2. Giới tính <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	3. Quốc tịch 1 _____ Quốc tịch 2 _____	4. Số CMND/ Hộ chiếu/Khai sinh	Ngày cấp	Nơi cấp
			<i>(Vui lòng nộp kèm bản sao)</i>		
5. Ngày sinh (<i>ngày/tháng/năm</i>)	6. Tuổi	7. Quan hệ với người được BH _____	8. Chiều cao (cm) _____	9. Cân nặng (kg) _____	10. Cân nặng lúc sinh nếu Người được bảo hiểm dưới 2 tuổi _____
11. Địa chỉ thường trú Số nhà, tên đường: _____ Xã/phường/thị trấn: _____ Quận/huyện/thị xã: _____ Tỉnh/thành phố: _____ Địa chỉ email: _____ Điện thoại: (+84) _____ Di động: (+84) _____			12. Tên và địa chỉ Công ty/Cơ quan làm việc: _____ Số nhà, tên đường: _____ Xã/phường/thị trấn: _____ Quận/huyện/thị xã: _____ Tỉnh/thành phố: _____ Địa chỉ email: _____ Điện thoại: (+84) _____		
13. Nghề nghiệp		Chi tiết công việc		Thu nhập hàng tháng	
14. Ông/Bà đang yêu cầu bảo hiểm hoặc đang được bảo hiểm bởi Công ty TNHH Manulife (Việt Nam) hoặc công ty khác? Nếu có, đề nghị cho biết các chi tiết sau đây:					
				Có Không <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Tên Công ty	Số Hợp đồng bảo hiểm	Số tiền bảo hiểm	Ngày hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm		

B - CÁC THÔNG TIN KHÁC VÀ THÔNG TIN SỨC KHỎE CỦA NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM		
Ông/Bà vui lòng GẠCH DƯỚI thông tin tại câu trả lời "CÓ"		
15. Ông/Bà đã bao giờ bị tạm hoãn, từ chối đơn đề nghị mua bảo hiểm nhân thọ, tăng phí bảo hiểm hoặc được chào mua các loại bảo hiểm có quyền lợi bị hạn chế hoặc loại trừ; hoặc đã nộp đơn yêu cầu bồi thường bảo hiểm?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Với câu trả lời "Có" ghi rõ số câu hỏi, khai chi tiết và nộp bản sao chứng từ khám nếu có.
16. Ông/Bà có đang tham gia hoặc có dự định tham gia các hoạt động nguy hiểm (như bay cá nhân, lặn biển, leo núi hoặc đua xe máy) hoặc bay trên các phương tiện bay mà không phải là hành khách mua vé theo lịch bay của hãng hàng không?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
17. Tiền sử sức khỏe gia đình: Cha/Me/Anh chị em ruột của Người được bảo hiểm có được chẩn đoán bệnh tim, tăng huyết áp, đột quỵ, ung thư, bệnh đa u nang gia đình, bệnh thận đa nang, bệnh gan, viêm gan, bệnh Thalassemia (thiếu máu Địa Trung Hải)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Ông bà có được chẩn đoán, điều trị hoặc đã từng hoặc có triệu chứng, dấu hiệu bất thường hay rối loạn liên quan đến bất kỳ bệnh hay triệu chứng nào dưới đây không? GẠCH DƯỚI bệnh/triệu chứng tại câu trả lời "CÓ"		
18. Đau ngực, đánh trống ngực, tăng huyết áp, bệnh van tim, rối loạn nhịp tim, bệnh mạch vành, thiếu máu cơ tim, nhồi máu cơ tim, bệnh thấp tim, suy tim, dị dạng mạch máu, xơ vữa động mạch, viêm tắc động tĩnh mạch?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
19. Suy hô hấp, khó thở, ho ra máu, khàn tiếng, ho kéo dài trên 7 ngày, viêm xoang, viêm phế quản, viêm phổi, lao phổi, áp xe phổi, tràn dịch màng phổi, tràn khí màng phổi, hen phế quản (suyễn), giãn phế quản, tâm phế mạn?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	



20. Vàng da, gan to, xuất huyết tiêu hóa, cổ trướng, khó nuốt, nuốt nghẹn, viêm gan do rượu, viêm gan siêu vi B, viêm gan siêu vi C, xơ gan, bệnh dạ dày/túi mật/đường mật/tụy, táo bón, khó tiêu thường xuyên, bệnh trĩ, biếng ăn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Rối loạn thị giác, rối loạn thính giác, khiếm khuyết phát âm, đau đầu, chóng mặt, rối loạn tiền đình, rối loạn tuần hoàn não, thiếu máu não, nhồi máu não, chảy máu não, đột quy, co giật, động kinh, hôn mê, liệt, sa sút trí tuệ (bệnh Alzheimer), run tay chân (bệnh Parkinson), bệnh tâm thần kinh?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Bệnh đái tháo đường, đái tháo đường thai kỳ, sốt kéo dài trên 7 ngày, tăng hoặc sút cân bất thường (>5kg/trong thời gian ≤ 1 năm), các rối loạn tại tuyến yên/tuyến giáp?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Dị dạng, tàn tật hoặc cắt bỏ chi, bệnh lao các cơ quan, bệnh Gout (Gút -thống phong), rối loạn tại cột sống/lưng/cổ/khớp/cơ bắp/xương/ dây thần kinh?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Bệnh ung thư, có khối u, nổi hạch bất thường, ngộ độc hay nhiễm độc hóa chất, bỏng, bệnh phong, vẩy nến, bệnh xơ cứng bì, bệnh Lupus ban đỏ, các rối loạn dị ứng miễn dịch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Bệnh bẩm sinh, tím tái lúc sinh, chậm phát triển tâm thần/vận động, tự kỷ, hội chứng Đào (Down), thiếu máu, máu khó đông, bệnh bạch cầu, suy tủy xương?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Nước tiểu có đường/có đạm, phù, tiểu máu, tiểu mù, bí tiểu, tiểu không tự chủ, sỏi/viêm/dị dạng đường tiết niệu/thận, hội chứng thận hư, suy thận, các rối loạn tại tuyến tiền liệt, rối loạn kinh nguyệt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Bệnh hoa liễu, nhiễm HIV/AIDS, các tình trạng hoặc rối loạn liên quan đến AIDS, Ông/Bà đã từng làm xét nghiệm HIV chưa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Có sử dụng ma túy hoặc các chất gây nghiện không theo chỉ định?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Đối với các câu hỏi từ 29 đến 32, vui lòng đánh dấu 1 trong 3 lựa chọn dưới đây:				
29. Có khám, chẩn đoán hay điều trị hoặc có các bệnh, triệu chứng chưa được nêu ở trên?				
a. Không có	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
b. Có khám, chẩn đoán, điều trị cảm cúm thông thường, chấn thương hoặc vết thương phần mềm nhẹ đã hồi phục hoàn toàn	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
c. Có khám, chẩn đoán, điều trị các bệnh lý, triệu chứng bất thường. Ghi chi tiết vào ô trống bên phải	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
30. Trong vòng 5 (năm) năm trở lại đây: Ông/Bà có làm các xét nghiệm như X-quang, siêu âm, điện tim, điện não, chụp cắt lớp, chụp cộng hưởng từ, thử máu, nội soi hay sinh thiết?				
a. Không có	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
b. Do khám: sức khỏe định kỳ, thai sản, xin việc hoặc lấy bằng lái với kết quả bình thường	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
c. Do các bệnh lý, triệu chứng bất thường. Ghi chi tiết vào ô trống bên phải	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
31. Thói quen sử dụng rượu bia:				
a. Chưa bao giờ uống rượu bia	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
b. Uống ít hơn hoặc bằng (≤) 14 chai bia (hoặc 200ml rượu)/tuần	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
c. Uống trên (>) 14 chai bia (hoặc 200ml rượu)/tuần	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
32. Thói quen sử dụng thuốc lá:				
a. Chưa bao giờ hút thuốc	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
b. Hút ít hơn hoặc bằng (≤) 30 điếu/ngày	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
c. Hút trên (>) 30 điếu/ngày	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Phần Cam Kết ở Đơn Yêu Cầu Bảo Hiểm được áp dụng cho tất cả các biểu mẫu khác bao gồm Tờ Khai Thông Tin này (nếu có). Tôi xác nhận đã đọc và hiểu rõ toàn bộ Phần Cam Kết được đề cập ở Đơn Yêu Cầu Bảo Hiểm. Bản sao của Tờ khai thông tin này sẽ có hiệu lực như bản gốc.

Ký tại _____ Ngày _____

Chữ ký của Người được bảo hiểm/Chữ ký của cha/mẹ hoặc người giám hộ của Người được bảo hiểm nếu dưới 18 tuổi (Ghi rõ họ tên)

Chữ ký của Bên mua bảo hiểm nếu không phải là Người được bảo hiểm (Ghi rõ họ tên)

Chữ ký của Đại lý bảo hiểm/Người làm chứng (Ghi rõ họ tên và mã số đại lý)