

HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM SỐ:

A – CHI TIẾT VỀ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM			
1. Họ và tên	2. Giới tính <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	3. Quốc tịch 1 _____ Quốc tịch 2 _____	4. Số CMND/CCCD/Hộ chiếu/Khai sinh _____ Ngày cấp _____ Nơi cấp _____
5. Ngày sinh	6. Tuổi	7. Quan hệ với Người được bảo hiểm _____	8. Chiều cao (cm) _____ 9. Cân nặng (kg) _____ 10. Cân nặng lúc sinh nếu Người được bảo hiểm dưới 2 tuổi _____ (kg)
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 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		
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?	CÓ KHÔNG <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.
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. Cha/Mẹ/Anh chị em ruột có mắc bệnh sa sút trí tuệ (bao gồm bệnh Alzheimer), ung thư, bệnh cơ tim, tiểu đường, bệnh tim mạch, đột quy, bệnh Huntington, bệnh Parkinson, bệnh thận đa nang, đa u nang gia đình, bệnh thần kinh vận động, đa xơ cứng hoặc loạn dưỡng cơ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
18. Ông/Bà đã bao giờ sử dụng chất kích thích, chất gây ảo giác, ma túy hoặc chất gây nghiện ngoại trừ được kê toa bởi bác sĩ hoặc đã từng được tư vấn, điều trị hay bị bắt vì sử dụng rượu hay thuốc quá liều?	<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":		
19. Trong 3 năm vừa qua, Ông/Bà đã bao giờ được Bác sĩ chuẩn đoán vì bất kỳ vấn đề sức khỏe nào ngoại trừ bị cảm lạnh hoặc cúm mùa thông thường hoặc sinh con mà không có bất kỳ biến chứng nào?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
20. Trong 3 năm vừa qua, Ông/Bà đã bao giờ được kê toa hay uống thuốc hơn 10 ngày liên tiếp?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	



	Có	Không
21. Trong 3 năm vừa qua, Ông/Bà đã bao giờ nhập viện, nằm trong phòng cấp cứu hay phải phẫu thuật không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Trong 3 năm vừa qua, Ông/Bà đã hoặc có ý định hoặc từng được bác sĩ, phòng khám hay nhân viên y tế yêu cầu thăm khám hoặc làm xét nghiệm?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Trong 3 năm vừa qua, Ông/Bà có kết quả khám sức khỏe có chỉ số hoặc có mô tả hoặc có kết quả bất thường, bao gồm xét nghiệm gen, xét nghiệm máu/nước tiểu, điện tâm đồ, điện tâm đồ gắng sức, siêu âm, chụp X-quang, chụp mạch máu, MRI/CT, nội soi hoặc sinh thiết?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Trong 3 năm vừa qua, Ông/Bà đã bao giờ phải nghỉ làm, nghỉ học hơn 10 ngày liên tiếp vì bất kỳ tình trạng sức khỏe nào không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Trong 3 năm vừa qua, Ông/Bà đã bao giờ có bất kỳ dấu hiệu và triệu chứng bao gồm đau ngực, khó thở, chảy máu không rõ nguyên nhân, ho mãn tính, sút cân, thay đổi thói quen đại tiện mà Ông/Bà vẫn chưa hoặc sẽ có dự định đi gặp bác sĩ để được tư vấn hoặc kiểm tra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Ông/Bà đã bao giờ bị hoặc được điều trị về những dị tật/khiếm khuyết/mất khả năng hoạt động bộ phận của cơ thể do bẩm sinh, mắc phải hoặc tai nạn, hoặc nhiễm độc hóa chất?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Trong 10 năm qua, Ông/Bà đã bao giờ được chẩn đoán hoặc mắc phải hoặc điều trị tiểu đường, sỏi thận, bệnh thận (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, viêm cầu thận, hội chứng thận hư), lupus ban đỏ hệ thống (SLE), suy thận, xơ hóa gan, viêm gan do rượu, viêm gan B, viêm gan C, vàng da, gan to, xơ gan, suy gan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Trong 10 năm qua, Ông/Bà đã bao giờ được chẩn đoán hoặc mắc phải hoặc điều trị bệnh tim mạch (bệnh tim to, bệnh cơ tim, suy tim, 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, đột quy, cơn thiếu máu cục bộ thoáng qua), suy tim, đột quy, bệnh đa xơ cứng, bệnh phổi hay khó thở, bệnh phổi hoặc khó thở, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD), liệt, HIV/AIDS, tâm thần phân liệt, trầm cảm, ung thư hay có khối u, và/hoặc bất kỳ rối loạn bẩm sinh (khiếm khuyết thể chất hay tâm thần từ lúc sinh) không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Ông/Bà có nộp chứng từ y tế theo đơn này không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Ngoài Việt Nam, Ông/Bà cư trú > 182 ngày mỗi năm ở quốc gia nào?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Trong 12 tháng qua, Ông/Bà có đi du lịch ra nước ngoài không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Trong 12 tháng tới, Ông/Bà có đi du lịch ra nước ngoài không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Đối với các câu hỏi từ 33 đến 34, vui lòng đánh dấu 1 trong 3 lựa chọn dưới đây:

33. Thói quen sử dụng rượu bia:

- a. Chưa bao giờ uống rượu bia
- b. Uống ít hơn hoặc bằng (\leq) 14 chai bia (hoặc 200ml rượu)/tuần
- c. Uống trên (>) 14 chai bia (hoặc 200ml rượu)/tuần

34. Thói quen sử dụng thuốc lá:

- a. Chưa bao giờ hút thuốc
- b. Hút ít hơn hoặc bằng (\leq) 30 điếu/ngày
- c. Hút trên (>) 30 điếu/ngày

Phần cam kết ở Bản 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 Bản Yêu Cầu Bảo Hiểm. Bản sao của Tờ khai thông tin này sẽ có hiệu lực như bản gốc.

Ký tại _____ Ngày _____

Họ tên của Người được bảo hiểm/Cha/Me 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, khu vực)