

BẢN KHAI BÁO TÌNH TRẠNG THƯƠNG TẬT

1. Số Hợp đồng bảo hiểm:	2. Họ tên Người được khai báo:		
3. CMND/Hộ Chiếu:	4. Ngày sinh:	5. Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	
6. Địa chỉ:			
7. Tình trạng Bệnh/Thương tật:			
(a) Ngày bị Bệnh/Thương tật:(b) Nơi khám/điều trị:			
(c) Phương pháp điều trị:(d) Ngày kết thúc điều trị:.....			
(e) Mô tả Bệnh/Thương tật:			
.....			
8. Các chức năng sinh hoạt hàng ngày (Ông/Bà vui lòng xác nhận rõ có thể hay không thể (mức độ) thực hiện được các chức năng bên dưới):	Có thể	Không thể	Ghi rõ lý do “Không thể” thực hiện được chức năng sinh hoạt hàng ngày
(a) <i>Di chuyển và vận động:</i> Khả năng tự đứng dậy và di chuyển từ nơi này qua nơi khác trong phòng mà không cần sự trợ giúp của người nào khác.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(b) <i>Kiểm soát đại tiện và tiểu tiện:</i> Khả năng thực hiện việc đại tiện và tiểu tiện một cách có tự chủ.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(c) <i>Thay quần áo:</i> Khả năng tự mặc quần áo vào và cởi ra mà không cần sự trợ giúp của người nào khác.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(d) <i>Tắm rửa:</i> Khả năng tự tắm rửa và vệ sinh cá nhân mà không cần sự trợ giúp của người nào khác.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(e) <i>Ăn uống:</i> Khả năng tự ăn hoặc uống mà không cần sự trợ giúp của người khác.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Đánh giá tình trạng sức khỏe hiện nay: <input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Trung bình <input type="checkbox"/> Dưới trung bình <input type="checkbox"/> Dè dặt			
10. Thông tin nghề nghiệp:			
10.1 Trước khi bị Bệnh/Thương tật: (a) Tên nghề nghiệp:(b) Chức danh:.....			
(c) Công việc cụ thể (mô tả chi tiết):			
.....			
10.2 Hiện tại Ông/Bà có đang làm việc gì:			
<input type="checkbox"/> Tiếp tục công việc cũ <input type="checkbox"/> Không làm việc (vui lòng trả lời câu (10.3)) <input type="checkbox"/> Công việc mới (vui lòng trả lời phần “10.4”)			
10.3 Thông tin Ông/Bà không tiếp tục làm việc:			
(a) Ngày bắt đầu nghỉ việc: (b) Lý do không làm việc:			
(c) Bệnh/Thương tật cản trở khả năng làm việc như thế nào:			
(d) Ông/Bà dự định sẽ bắt đầu lại công việc: <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có, khi nào:			
10.4 Nghề nghiệp mới (sau khi bị Bệnh/Thương tật):			
(a) Tên nghề nghiệp :(b) Chức danh:.....(c) Thời gian bắt đầu làm việc:			
(d) Công việc cụ thể (mô tả chi tiết):			
.....			
TÔI CAM ĐOAN rằng tất cả các câu trả lời trong Bản Khai Báo Tình Trạng Thương Tật này đầy đủ và đúng sự thật theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi.			
.....		
Chữ ký của Người làm chứng (Ghi rõ họ và tên)		Chữ ký của Người được khai báo (Ghi rõ họ và tên)	
Tại		Ngày	