

TỜ KHAI TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE

Chuyên viên tư vấn bảo hiểm	Mã số tư vấn	Điện thoại	Số hợp đồng

A. THÔNG TIN CÁ NHÂN:	BÊN MUA BẢO HIỂM (BMBH)				NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM (NDBH)			
1. Họ và tên (viết chữ IN HOA):								
2. Giới tính/ Ngày tháng năm sinh:	<input type="checkbox"/> Nam	<input type="checkbox"/> Nữ	/	/	<input type="checkbox"/> Nam	<input type="checkbox"/> Nữ	/	/
3. Số CMND/Hộ chiếu/Khai sinh:								
4. Quốc tịch:								
5. Tình trạng hôn nhân:	<input type="checkbox"/> Độc thân	<input type="checkbox"/> Kết hôn	<input type="checkbox"/> Ly hôn	<input type="checkbox"/> Góa	<input type="checkbox"/> Độc thân	<input type="checkbox"/> Kết hôn	<input type="checkbox"/> Ly hôn	<input type="checkbox"/> Góa
6. Nghề nghiệp/ Chức danh:								
<i>Chi tiết công việc hàng ngày:</i>								

B. THÔNG TIN (CÁC) HỢP ĐỒNG LIÊN QUAN:				BMBH		NDBH	
				Có	Không	Có	Không
1. Hiện nay, Ông/ Bà có đang được bảo hiểm hoặc đã hay đang yêu cầu bảo hiểm ở các công ty bảo hiểm nhân thọ khác, kể cả Công ty Cổ phần Bảo hiểm Nhân thọ Phú Hưng không? Nếu có, xin liệt kê các hợp đồng bảo hiểm				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tên công ty	Tổng số tiền bảo hiểm	Ngày hiệu lực	Yêu cầu bồi thường (nếu có)			
BMBH							
NDBH							

2. Khi mua bảo hiểm nhân thọ, Ông/ Bà có bị tăng phí bảo hiểm, loại trừ, tạm hoãn, từ chối, hoặc đã hay đang yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm không? ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

C. THÔNG TIN THẨM ĐỊNH VÀ SỨC KHỎE:		BMBH		NDBH	
		Có	Không	Có	Không
1. Ông/ Bà có đang phục vụ trong lực lượng vũ trang hoặc đang/hoặc định tham gia các hoạt động thể thao hoặc nghề nguy hiểm, như lặn với bình khí nén, leo núi, nhảy dù, đua xe hay bay trên các phương tiện bay mà không phải với tư cách hành khách với các lịch bay thường xuyên không?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ông/ Bà có dự định đi nước ngoài trong thời gian tới? Nếu có, vui lòng cho biết: Tên nước định đến: thời gian ở lại: mục đích chuyến đi:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ông/ Bà có hút thuốc lá không? Nếu có, vui lòng cho biết: Người được bảo hiểm: Số điếu hút một ngày: số năm đã hút: Bên mua bảo hiểm: Số điếu hút một ngày: số năm đã hút:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ông/ Bà có uống rượu/ bia không? Nếu có, vui lòng cho biết: Người được bảo hiểm: Số ml rượu/bia uống một ngày bao lâu uống một lần Bên mua bảo hiểm: Số ml rượu/bia uống một ngày bao lâu uống một lần		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ông/ Bà có sử dụng ma túy, chất kích thích hoặc chất gây nghiện không?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. BMBH: Chiều cao: cm Cân nặng: kg	NDBH: Chiều cao: cm Cân nặng: kg				
7. Trong năm vừa qua, cân nặng của Ông/ Bà có thay đổi hơn 03 kg không? Nếu có, xin cho biết lý do:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Trong 5 năm vừa qua, Ông/ Bà có đi khám hay từng điều trị nội trú hoặc ngoại trú tại bệnh viện, trung tâm y khoa hay cơ sở y tế hay đã làm các xét nghiệm như X-quang, chụp CT, cộng hưởng từ, siêu âm, điện tim, sinh thiết, xét nghiệm máu, nước tiểu hay bất kỳ xét nghiệm nào khác không?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hiện tại, Ông/ Bà có đang nằm viện để điều trị, phẫu thuật vì bất kỳ lý do gì, hay chuẩn bị điều trị tại bệnh viện, trung tâm y khoa hay cơ sở y tế hay dự định tham khảo ý kiến của bác sĩ không?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ông/ Bà có bất kỳ dấu hiệu hay triệu chứng, bệnh nào dưới đây hoặc đã, đang và sẽ khám, điều trị các triệu chứng, bệnh sau:					
a. Tim mạch: hồi hộp, khó thở, đau ngực, tăng mỡ máu, xơ vữa động mạch, giãn tĩnh mạch chi, cao huyết áp, đột quy, âm thổi tim, bệnh van tim, loạn nhịp tim, suy tim, thiếu máu cơ tim, bệnh mạch vành, nhồi máu cơ tim, bệnh tim bẩm sinh, tai biến mạch máu não, các rối loạn hay bệnh tim mạch nào khác?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Tiêu hóa: trào ngược thực quản, viêm dạ dày, loét dạ dày tá tràng, viêm tụy, đi ngoài phân có máu, trĩ, viêm đại tràng, viêm gan, vàng da, viêm gan mãn, xơ gan, ung thư gan, gan to, lách to, sỏi mật, polyp túi mật, xuất huyết tiêu hóa, các rối loạn hay bệnh tiêu hóa khác?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Nội tiết: tiểu đường, bướu cổ, cường giáp, suy giáp, các rối loạn hay bệnh nội tiết khác?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Hô hấp: ho kéo dài, ho ra máu, viêm phế quản, viêm phổi, hen suyễn, bệnh lao, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính hay các rối loạn hay bệnh hô hấp khác?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



e. Huyết học: thiếu máu, bệnh bạch cầu, suy tủy, ung thư máu, bệnh ưa chảy máu, rối loạn đông máu, chảy máu cam, xuất huyết dưới da, hay bệnh về máu khác?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Tiết niệu/sinh dục: có đường, đạm hoặc máu trong nước tiểu, phù, sỏi thận, suy thận, viêm cầu thận, thận mỡ, thận đa nang, hội chứng thận hư, hay các bệnh khác ở thận, bàng quang, tiền liệt tuyến hoặc cơ quan sinh dục?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Thần kinh - tâm thần: mất ngủ kéo dài, chóng mặt, co giật, động kinh, đau đầu kéo dài, suy nhược thần kinh, sa sút trí tuệ, trầm cảm, loạn thần, tâm thần phân liệt, các rối loạn hay bệnh tâm thần, thần kinh khác?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Khối u: ung thư, u, nang, polyp, hạch ở cổ, vú, bẹn, buồng trứng hay ở nơi khác của cơ thể?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Da liễu: bệnh lupus ban đỏ, vẩy nến, hay bệnh da liễu khác?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Tai - mắt - mũi - họng: viêm họng, amiđan, giảm thính lực, ù tai, chảy mủ tai, giảm thị lực, mù, câm, hay bệnh tai- mắt- mũi- họng khác?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Cơ - xương - khớp: dị tật, tàn tật, sốt bại liệt, teo cơ, yếu chi, đau khớp, sốt thấp khớp, viêm khớp, đau thần kinh tọa, gút, bệnh cột sống, đĩa đệm, mất chi hay bệnh cơ - xương - khớp khác?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Ông/ Bà hay vợ/chồng của Ông/ Bà đã từng được chẩn đoán, điều trị HIV/AIDS hoặc các bệnh lây truyền qua đường sinh dục như lậu, giang mai không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Bệnh lý khác: bất kỳ tai nạn, thương tật hoặc các bệnh khác chưa được nêu ở phần trên	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Câu hỏi dành cho Nữ: (từ 18 tuổi trở lên)				
a. Bà đã từng bị xuất huyết bất thường ở âm đạo không ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Bà có đang mang thai không ? Nếu có, cho biết ngày dự sinh: / /	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Bà có biểu hiện bất thường của tuyến vú, cơ quan sinh dục hay rối loạn kinh nguyệt không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Các người thân (cha/ mẹ, anh/ chị/ em ruột) của Ông/ Bà, có ai đã mất hoặc đang mắc bệnh ung thư, bệnh tim, đột quỵ, cao huyết áp, tiểu đường, hay các bệnh di truyền nào khác hoặc các tình trạng liên quan đến HIV/AIDS không? Nếu có, vui lòng cho biết chi tiết:				
Quan hệ	Tuổi lúc mất hoặc mắc bệnh	Mắc bệnh gì và còn sống	Nếu đã mất do bệnh gì?	

13. Nếu Ông/ Bà đã trả lời "Có" cho các câu hỏi trong mục C.Thông tin thẩm định và sức khỏe của Tờ khai này, xin giải thích chi tiết vào đây:

CAM KẾT: Chúng tôi (Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm) cam kết và đồng ý như sau:

- Chúng tôi cam kết rằng các câu trả lời trong Tờ khai tình trạng sức khỏe này và bất kỳ thông tin nào khác do chúng tôi cung cấp cho Công ty là đầy đủ, đúng sự thật, không có điều gì bị che giấu và là cơ sở để Công ty thẩm định và phát hành Hợp đồng bảo hiểm.
- Chúng tôi hiểu và đồng ý rằng Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm có trách nhiệm cung cấp/kê khai đầy đủ và trung thực tất cả các thông tin cần thiết bằng văn bản để làm cơ sở cho việc giao kết Hợp đồng bảo hiểm. Việc thẩm định sức khỏe (nếu có) không thay thế cho nghĩa vụ cung cấp thông tin trung thực, đầy đủ và chính xác của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm. Trong trường hợp các thông tin được kê khai không chính xác, Công ty có quyền thẩm định lại rủi ro có thể được bảo hiểm và có thể thay đổi quyết định bảo hiểm: từ chối bảo hiểm, tạm hoãn Hợp đồng bảo hiểm hoặc tăng phí bảo hiểm rủi ro hoặc/và điều chỉnh số tiền bảo hiểm tương ứng hoặc/và loại trừ trách nhiệm bảo hiểm đối với thương tật, bệnh tật, khuyết tật đã được khai báo hoặc phát hiện.
- Chúng tôi cam kết rằng trong quá trình hoàn tất Tờ khai này, kể cả việc trả lời các câu hỏi theo mẫu cũng như trong quá trình được tư vấn để hoàn chỉnh Tờ khai tình trạng sức khỏe, chúng tôi lập Tờ khai này một cách độc lập, và chuyên viên tư vấn bảo hiểm của Công ty đã không cung cấp bất cứ thông tin nào gây bất lợi cho Công ty hoặc tạo thuận lợi hơn cho chúng tôi khi Công ty thẩm định thông tin trong Tờ khai này.
- Chúng tôi hiểu và đồng ý rằng Hợp đồng bảo hiểm được cấp dựa trên Tờ khai tình trạng sức khỏe này sẽ được giải quyết theo các qui định của Công ty và của pháp luật hiện hành nếu các câu trả lời trong Tờ khai này không được khai đầy đủ và không đúng sự thật.
- Chúng tôi xác nhận Tờ khai tình trạng sức khỏe này là cơ sở thể hiện sự ủy quyền của chúng tôi để Công ty tiến hành thu thập những thông tin về sức khỏe hay thông tin có liên quan ở bất kỳ thời gian nào, từ bất kỳ cơ sở y tế, bệnh viện, hoặc các bác sĩ nào được phép hành nghề, từ bất cứ cơ quan chính quyền, công ty bảo hiểm, tổ chức hoặc cá nhân khác có hồ sơ hoặc biết về Bên mua bảo hiểm/ Người được bảo hiểm hoặc sức khỏe của Bên mua bảo hiểm/ Người được bảo hiểm mà không cần phải được chúng tôi cho phép trước bằng một văn bản khác. Tương tự như vậy, (các) cơ quan y tế, bệnh viện, bác sĩ, (các) công ty bảo hiểm khác, tổ chức, cá nhân, khi nhận được bản sao của Tờ khai này, được phép cung cấp cho Công ty và các công ty tái bảo hiểm của Công ty mọi thông tin liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm của Bên mua bảo hiểm/ Người được bảo hiểm. Công ty và các công ty tái bảo hiểm của Công ty được quyền sử dụng thông tin này theo qui định của pháp luật.
- Chúng tôi bằng việc ký tên dưới đây cam kết rằng chúng tôi đã đọc/ được nghe chuyên viên tư vấn bảo hiểm đọc/ giải thích rõ toàn bộ nội dung/ yêu cầu trong Tờ khai tình trạng sức khỏe này, và xác nhận chúng tôi đã cung cấp thông tin đầy đủ và chính xác cho Hợp đồng bảo hiểm này. Người được bảo hiểm xác nhận đồng ý cho Bên mua bảo hiểm đứng tên mua bảo hiểm cho mình.

Họ tên và chữ ký của Bên mua bảo hiểm	Họ tên và chữ ký của Người được bảo hiểm
Ký tại Ngày: / /	Ký tại Ngày: / /
(Nếu Người được bảo hiểm dưới 18 tuổi, Cha/mẹ hoặc Người giám hộ hợp pháp của Người được bảo hiểm ký thay)	
Chữ ký của Chuyên viên tư vấn bảo hiểm 1	Chữ ký của Chuyên viên tư vấn bảo hiểm 2
Họ tên: Văn phòng:	Họ tên: Văn phòng:
Ký tại Ngày: / /	Ký tại Ngày: / /

