



## Tờ Khai Sức Khỏe

Số Hợp Đồng Bảo Hiểm \_\_\_\_\_ Người Được Bảo Hiểm \_\_\_\_\_

Bên Mua Bảo Hiểm \_\_\_\_\_ Số CMND/Hộ chiếu \_\_\_\_\_

**Tôi/Chúng tôi (Bên Mua Bảo Hiểm) bổ sung thông tin sức khỏe của (những) Người được bảo hiểm sau:**

Chi tiết	Người Được Bảo Hiểm thứ 1		Người Được Bảo Hiểm thứ 2	
	Nam	Nữ	Nam	Nữ
Họ và Tên				
Ngày sinh/Giới tính				
Chiều cao/Cân nặng	m	kg	m	kg
Nghề nghiệp				
Chi tiết công việc				

**Quý khách vui lòng trả lời các câu hỏi dưới đây:**

	Người Được Bảo Hiểm thứ 1		Người Được Bảo Hiểm thứ 2	
	Có	Không	Có	Không
1. Ông/Bà đã có đề nghị bảo hiểm nhân thọ hoặc y tế nào (bảo hiểm cho chính mình) bị từ chối/tạm hoãn/được chấp thuận không phải theo các điều khoản thông thường? Nếu có, hãy nêu tên Công ty và chi tiết quyết định thẩm định.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Hiện tại Ông/Bà có đang được hoặc đang chuẩn bị để được điều trị y tế của một bác sỹ, hoặc dự định tham khảo ý kiến của bác sỹ vì bất cứ lý do nào không? Nếu có, hãy nêu rõ tính chất điều trị, nêu tên và địa chỉ của bác sỹ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Trong ba (3) năm qua, Ông/Bà đã bao giờ đi chụp X-quang, siêu âm, chụp cắt lớp (CT), làm xét nghiệm sinh thiết, điện tâm đồ (ECG), xét nghiệm máu, xét nghiệm nước tiểu hoặc bất kỳ xét nghiệm nào khác? Nếu có, xin nêu lý do và kết quả.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Ông/Bà có hút thuốc trong mười hai (12) tháng qua? Nếu có, vui lòng nêu số lượng (trung bình hàng ngày) và thời gian (bao nhiêu năm)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Ông/Bà đã bao giờ sử dụng chất gây nghiện/ma túy hoặc đã bao giờ được điều trị về nghiện rượu hoặc nghiện ma túy chưa? Nếu có, hãy nêu chi tiết	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Ông/Bà có uống bia, rượu hoặc đồ uống có cồn khác không? Nếu có, nêu loại đồ uống, số lượng (trung bình hàng tuần) và thời gian (bao nhiêu năm)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Ông/Bà đã bao giờ mắc bệnh hoặc đã được điều trị về:				
a. bệnh tiểu đường, rối loạn tuyến giáp, tuyến thượng thận, tuyến yên hoặc bất kỳ chứng rối loạn nội tiết nào?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. hen suyễn, ho kéo dài, ho ra máu, bệnh phổi mãn tính, lao, đau ngực, khó thở, rối loạn hô hấp hoặc bất kỳ chứng rối loạn nào về phổi?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. tăng mỡ máu, cao huyết áp, nhồi máu cơ tim, thiếu máu cơ tim, tiếng thổi tim, sa van tim, nhịp tim bất thường, thở thiếu hơi, đau ngực, sốt, thấp khớp, bệnh hoặc rối loạn của tim hoặc mạch máu khác?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. động kinh, ngất xỉu, đột quỵ, liệt, run chân tay, đau đầu kéo dài, co giật, bất tỉnh, sa sút trí tuệ, suy nhược, chóng mặt/kéo dài, viêm tuỷ sống, viêm não - màng não hoặc bất kỳ chứng rối loạn về tâm thần, thần kinh nào?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. viêm, loét dạ dày, tá tràng, xuất huyết tiêu hoá, đường rò, trĩ, viêm đại tràng mạn hoặc bất kỳ rối loạn tiêu hoá nào?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. vàng da, mang mầm bệnh hoặc viêm gan siêu vi B/C hoặc bất kỳ viêm gan nào, xơ gan, viêm gan mãn, rối loạn về gan mật?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. có máu, đạm, đường trong nước tiểu, sỏi thận, phù, nhiễm trùng, bệnh hoặc rối loạn thận, bàng quang, hoặc bộ phận sinh dục?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. thoát vị đĩa đệm, thấp khớp, gút, viêm khớp, đau/dị dạng/rối loạn về cơ, cột sống, tay chân, khớp hoặc bị chấn thương nặng?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. thiếu máu, bệnh bạch cầu, dễ chảy máu dưới da hoặc bệnh bẩm sinh về máu hoặc bất kỳ rối loạn máu khác, được khuyên phải kiêng, không cho máu, hoặc không nhận truyền máu hoặc các sản phẩm từ máu do bị máu không đông, Lupus ban đỏ hoặc bất kỳ lý do nào?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. chảy nước lổ tai, chảy máu cam, chứng nhìn đôi, giảm thị lực, giảm thính lực, khiếm khuyết phát âm, khàn giọng hoặc lác mắt, nuốt khó hoặc bất kỳ chứng rối loạn nào về mắt, tai, mũi hoặc họng?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k. ung thư, u, u nang, nổi hạch cổ, hạch bẹn, hạch hàm hoặc bất kỳ khối u nào, nhiễm chất độc da cam, nhiễm hoá chất, sốt kéo dài?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l. dị dạng hoặc thương tật mất khả năng hoạt động, phẫu thuật hoặc tai nạn hoặc bất kỳ bệnh lý nào khác không được nêu ở trên?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Ông/Bà hoặc vợ chồng của Ông/Bà đã bao giờ cho Ông/Bà biết là có hoặc đã được tư vấn, thăm khám hoặc điều trị liên quan đến bệnh lây truyền qua đường tình dục, HIV/AIDS, hoặc bất kỳ tình trạng nào liên quan đến AIDS?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Ông/Bà đã bao giờ làm xét nghiệm HIV (nêu lý do và kết quả); hoặc trong vòng ba (3) tháng vừa qua có các triệu chứng nào sau đây trong hơn một tuần liên tục: mệt mỏi, giảm cân, tiêu chảy, u bướu to ra hoặc các tổn thương bất thường trên da?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Trong sáu (6) tháng qua, Ông/Bà có tăng hoặc giảm từ (03) kg trở lên không? Nếu có, xin vui lòng cho biết số kg tăng/giảm và lý do.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Có ai trong những người là Bố, Mẹ đẻ hoặc Anh, Chị, Em ruột của Ông/Bà đã mất vì hoặc mắc bệnh ung thư, tim, đột quỵ, huyết áp cao, tiểu đường, thận, tâm thần, lao hoặc bất kỳ bệnh di truyền nào không? Nếu có, nêu tình trạng, mối quan hệ, độ tuổi khi mắc bệnh hoặc khi mất.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Ông/Bà có tham gia hoặc có dự định tham gia vào môn thể thao hoặc nghề nào nguy hiểm như lặn có khí cụ/lặn trần, đua mô tô, ba bằng máy bay quân sự/cá nhân mà không phải với tư cách là hành khách? Nếu có, hãy nêu chi tiết.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Trong một (1) năm tới, Ông/Bà có dự định đi tới (các) quốc gia nào khác ngoài nơi Ông/Bà đang sinh sống không? Nếu có, hãy nêu tên quốc gia, thời gian và mục đích đi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Câu hỏi dành cho Người Được Bảo Hiểm là Nữ:

14.				
a. Hiện Bà có mang thai không? Nếu có, được bao nhiêu tháng?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Bà đã bao giờ bị biến chứng trong (các) lần mang thai trước kia chưa? Nếu có, nêu rõ thời gian và tính chất của biến chứng đó.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Bà đã bao giờ được phát hiện là có, hoặc nhận thấy có các cục u ở vú hoặc (các) bệnh về vú? Nếu có, xin nêu chi tiết.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Bà đã bao giờ được làm xét nghiệm Phết tế bào âm đạo để tầm soát ung thư (Pap Smear) cho kết quả bất thường hoặc được bác sỹ yêu cầu làm lại xét nghiệm này trong vòng sáu (6) tháng tới không? Nếu có, xin nêu chi tiết.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Bà đã bao giờ bị rối loạn kinh nguyệt một cách thường xuyên/bất thường, đau bụng kinh hoặc rong kinh liên tục chưa? Nếu có, xin nêu chi tiết.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Bà đã bao giờ được yêu cầu làm xét nghiệm chụp X-quang cho khối u ở ngực, xét nghiệm sinh thiết, phẫu thuật ngực, siêu âm vùng chậu hoặc khám bệnh phụ khoa (không bao gồm kiểm tra sức khoẻ định kỳ) chưa? Nếu có, xin nêu chi tiết.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Tên và địa chỉ của bác sỹ Ông/Bà thường đến khám (nếu có)?

Người Được Bảo Hiểm thứ 1

Người Được Bảo Hiểm thứ 2

Tên Bác sỹ	
Địa chỉ của Bác sỹ	

Tên Bác sỹ	
Địa chỉ của Bác sỹ	

Đối với các câu hỏi mà Ông/Bà trả lời “Có”, vui lòng ghi rõ số câu hỏi và điền đầy đủ thông tin chi tiết về tình trạng, ngày/thời gian và kết quả điều trị, nơi điều trị và tình trạng hiện nay

--

Nếu ô trên đây không đủ để trả lời, Ông/Bà vui lòng trả lời vào Bảng câu hỏi chi tiết về sức khỏe.

### Cam Kết

- Tôi/Chúng tôi cam kết rằng tất cả thông tin nêu trong Tờ khai sức khỏe này và trong bất cứ bản câu hỏi bổ sung nào cung cấp cho Công ty hoặc bác sỹ của Công ty đều là những thông tin trung thực và đầy đủ. Không có bất cứ một sự kiện hoặc thông tin quan trọng nào có thể gây ảnh hưởng đến việc đánh giá hoặc chấp nhận đơn này mà Tôi/Chúng tôi biết đã không được kê khai.
- Tôi/Chúng tôi hiểu rằng sau khi đã ký vào Tờ khai sức khỏe này, Tôi/Chúng tôi sẽ chịu trách nhiệm pháp lý với những gì Tôi/Chúng tôi cam kết ở đây. Tôi/Chúng tôi cũng hiểu rằng việc kê khai không đúng hoặc che giấu những thông tin quan trọng có thể ảnh hưởng đến việc đánh giá và chấp nhận đơn sẽ làm cho Hợp Đồng Bảo Hiểm đã được khôi phục hiệu lực và/hoặc Quyền lợi bảo hiểm bổ sung bị vô hiệu và các Quyền lợi bảo hiểm sẽ bị chấm dứt.
- Tôi/Chúng tôi đồng ý sẽ thông báo cho Công ty mọi thay đổi liên quan đến tình trạng sức khỏe của Tôi/Chúng tôi trong khoảng thời gian từ ngày ký đơn này đến ngày Đơn yêu cầu được chấp thuận. Trên cơ sở thông tin nhận được, Công ty có quyền chấp nhận hoặc từ chối Đơn yêu cầu của Tôi/Chúng tôi.
- Tôi/Chúng tôi đồng ý rằng việc đóng phí bảo hiểm bổ sung (nếu có) trước khi Công ty chấp nhận đơn yêu cầu này sẽ không ràng buộc Công ty với bất kỳ sự gia tăng Quyền lợi bảo hiểm nào và sự gia tăng bảo hiểm đó sẽ chỉ có hiệu lực khi Công ty đã hoàn toàn chấp nhận Đơn yêu cầu này, toàn bộ phí bảo hiểm bổ sung (nếu có) đã được đóng đầy đủ trong khi Tôi/Chúng tôi vẫn còn sống và trong tình trạng sức khỏe tốt.
- Tôi/Chúng tôi đồng ý và cho phép mọi tổ chức y tế, mọi cơ quan, tổ chức bảo hiểm cung cấp cho Công ty cũng như cho phép Công ty cung cấp cho bất cứ cơ quan y tế hay văn

phòng/tổ chức bảo hiểm nào, mọi thông tin liên quan đến Tôi/Chúng tôi mà không cần điều kiện Đơn yêu cầu bảo hiểm này phải được chấp nhận.

6. Tôi/Chúng tôi đồng ý rằng các yêu cầu điều chỉnh liên quan đến phí bảo hiểm có thể sẽ dẫn đến việc huỷ/ điều chỉnh hoá đơn phù hợp với phí bảo hiểm mới.

**Điều khoản cung cấp thông tin theo yêu cầu của Đạo luật thuế đối với chủ tài khoản nước ngoài (gọi tắt là: “Đạo luật FATCA”):** Trong trường hợp Bên Mua Bảo Hiểm thuộc đối tượng chịu thuế theo yêu cầu của Đạo luật FATCA, Bên Mua Bảo Hiểm đồng ý cung cấp đầy đủ và chính xác các thông tin sau đây cho doanh nghiệp bảo hiểm và cập nhật thay đổi (nếu có) trong suốt thời gian hiệu lực của Hợp Đồng Bảo Hiểm:

**Tên;**

Số hộ chiếu hoặc số CMND hoặc giấy tờ chứng minh Bên Mua Bảo Hiểm là công dân Hoa Kỳ hoặc được phép cư trú hợp pháp tại Hoa Kỳ;

**Mã số thuế tại Hoa Kỳ;**

Nơi sinh, số điện thoại liên lạc tại Hoa Kỳ;

Địa chỉ liên lạc, địa chỉ hộp thư tại Hoa Kỳ; và

Doanh nghiệp bảo hiểm được phép cung cấp các thông tin nói trên và các thông tin khác liên quan đến Hợp Đồng Bảo Hiểm( bao gồm số Hợp Đồng Bảo Hiểm, Giá Trị Tài Khoản hoặc giá trị tiền mặt của Hợp Đồng Bảo Hiểm tính đến thời điểm cung cấp thông tin) cho Cơ quan quản lý thuế vụ Hoa Kỳ, phù hợp với nghĩa vụ của người phải khai báo hoặc nộp thuế tại Hoa Kỳ

Người Được Bảo Hiểm  
(Vui lòng ký tên và ghi rõ họ tên)

Bên Mua Bảo Hiểm  
(Vui lòng ký tên và ghi rõ họ tên)

Ngày \_\_\_\_\_

Ngày \_\_\_\_\_

Phần dành cho FWD Vietnam

Ngày nhận	Nơi nhận	Người nhận	Hồ sơ kèm theo

Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ FWD Việt Nam

Trụ sở chính  
Tầng 11, Tòa nhà Diamond Plaza, 34 Lê Duẩn,  
Phường Bến Nghé, Quận 1, TP.HCM, Việt Nam.  
Tel: +84 28 6256 3688 | Hotline: 1800 96 96 90

Chi nhánh  
Tầng 20, Tòa nhà VCCI Tower, 9 Đào Duy Anh,  
Phường Phương Mai, Quận Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam.  
Tel: +84 24 3938 6757 | Hotline: 1800 96 96 90

Email: CustomerConnect.vn@fwd.com  
Website: www.fwd.com.vn