



## Tờ Khai Sức Khỏe

Hợp đồng bảo hiểm số:

Người được bảo hiểm: .....

Bên mua bảo hiểm: .....

Số CMND/ Hộ chiếu: .....

Bổ sung mục đích khai SK: mỗi mục đích có 1 ô dấu tick

- Khai báo lại sức khỏe
- Điều chỉnh Hợp đồng/Khôi phục Hợp đồng

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	
Họ và Tên				
Ngày sinh/Giới tính	<input type="checkbox"/> Nam	<input type="checkbox"/> Nữ	<input type="checkbox"/> Nam	<input type="checkbox"/> Nữ
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  
Có Không

Người Được Bảo Hiểm thứ 2  
Có Không

1. Trong hai (02) năm qua, Ông/Bà đã có hồ sơ yêu cầu bảo hiểm nhân thọ hoặc y tế nào (bảo hiểm cho chính mình) bị từ chối, tạm hoãn, hoặc được chấp thuận không phải theo các điều khoản tiêu chuẩn? Nếu có, vui lòng ghi rõ tên Công ty và lý do của quyết định đó	<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 tư vấn y khoa, điều trị y tế, được tư vấn phẫu thuật, làm xét nghiệm, đang chờ kết quả xét nghiệm hoặc dự định tham khảo ý kiến của bác sĩ vì bất kỳ lý do nào không? Nếu có, hãy nêu rõ tính chất điều trị, nêu tên và địa chỉ của bác sĩ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. 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"/>
4. 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"/>
5. 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"/>
6. Ông/Bà đã bao giờ mắc bệnh hoặc đã được điều trị về: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Bệnh tiểu đường, rối loạn tuyến giáp hoặc bệnh/rối loạn nội tiết khác?</li> <li>b. Hen, lao, khí phế thũng, bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính, bất kỳ bệnh hay rối loạn nào về phổi hoặc hệ hô hấp?</li> <li>c. Tăng mỡ máu, cao huyết áp, nhồi máu cơ tim, đau ngực, bất kỳ bệnh hay rối loạn nào của tim hoặc mạch máu?</li> <li>d. Động kinh, đột quy, liệt, trầm cảm, bệnh tâm thần, bất kỳ bệnh hay rối loạn nào về não hoặc hệ thần kinh?</li> <li>e. Loét dạ dày, loét tá tràng, bệnh Crohn, viêm loét đại tràng, bất kỳ bệnh hay rối loạn nào về đường tiêu hóa?</li> <li>f. Viêm gan siêu vi B/C, viêm tụy, bất kỳ bệnh hay rối loạn nào về gan, đường mật hoặc tụy?</li> <li>g. Sỏi thận, nhiễm trùng thận, bất kỳ bệnh hay rối loạn nào về thận, hệ tiết niệu, tuyến tiền liệt, vú, tử cung, buồng trứng, cổ tử cung?</li> <li>h. Viêm khớp, gút, rối loạn da mãn tính, bất kỳ bệnh hay rối loạn nào về mô liên kết, cột sống, cơ, gân, tay chân, xương hoặc khớp?</li> <li>i. Bệnh về máu, thiếu máu, máu không đông, bệnh bạch cầu, Lupus ban đỏ ban đỏ, bất kỳ bệnh hay rối loạn nào về máu hoặc hệ miễn dịch?</li> <li>j. Điếc, mù, bất kỳ bệnh hay rối loạn nào về mắt (không bao gồm đeo kính do tật khúc xạ), tai, mũi, họng?</li> <li>k. Ung thư, u bướu, nổi hạch, xét nghiệm tầm soát ung thư có kết quả bất thường hoặc nhiễm chất độc hóa học (bao gồm cả nhiễm chất độc da cam)?</li> <li>l. Ngoài những tình trạng đã kê khai bên trên, Ông/Bà đã bao giờ trải qua phẫu thuật, làm các xét nghiệm (như xét nghiệm máu, siêu âm, chụp cắt lớp CT, sinh thiết) với kết quả bất thường, hay được chẩn đoán với bất kỳ bệnh, rối loạn hay thương tổn nào mà phải nhập viện hay điều trị thuốc liên tục từ bảy (07) ngày trở lên?</li> </ul>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Ông/Bà đã bao giờ được tư vấn, thăm khám, làm xét nghiệm hoặc điều trị liên quan đến bệnh lây truyền qua đường tình dục, HIV, hoặc bất kỳ tình trạng nào liên quan đến AIDS?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Trong 3 tháng qua, Ông/Bà có bị một trong các triệu chứng sau đây kéo dài trên 1 tuần: mệt mỏi, sụt cân từ 5 kg trở lên, tiêu chảy, nổi hạch hay có sang thương da bất thường? Nếu có, xin vui lòng cho biết rõ lý do.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Bố, Mẹ đẻ hoặc Anh, Chị, Em ruột của Ông/Bà có ai trước 60 tuổi được chẩn đoán mắc bệnh: ung thư, bệnh tim, đột quy, tiểu đường, bệnh thận đa nang, bệnh Parkinson, bệnh thần kinh vận động hoặc bất kỳ bệnh di truyền nào không?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Ông/Bà có đang hoặc có kế hoạch tham gia vào môn thể thao nguy hiểm như lặn, đua mô tô, leo núi, bay bằng máy cá nhân mà không phải với tư cách là hành khách (bao gồm cả nhảy dù)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. 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"/>

12. Câu hỏi dành cho khách hàng là nữ

a. Hiện Bà có mang thai không? Bao nhiêu tháng?

b. Trong các lần mang thai trước Bà đã bị, hay trong lần mang thai này Bà đã được bác sĩ tư vấn nguy cơ có các biến chứng như tiền sản giật, cao huyết áp, tiểu đường thai kỳ, nhau bong non, có nguy cơ sinh non? Bà đã bị biến chứng khi nào?

Bà đã bị biến chứng vào thời điểm nào của thai kỳ? Nếu có, hãy nêu chi tiết

13. Câu hỏi dành cho trẻ em dưới sáu (06) tuổi:

a. Cân nặng khi sinh của trẻ (kg)

b. Trẻ được sinh dưới 37 tuần không?

c. Trẻ có bất kỳ bất thường bẩm sinh, dị tật khi sinh, đã bao giờ mắc bệnh hay được điều trị bệnh Kawasaki, bệnh viêm màng não, bất kỳ bệnh hay rối loạn nào khác về não, màng não?

- Trẻ được chẩn đoán tình trạng trên lúc mấy tuổi?

- Ông/Bà hãy nêu tình trạng hiện tại của trẻ như thế nào?

-Trẻ đã hồi phục hoàn toàn khi nào?

d. Trẻ có bất kỳ phát triển bất thường nào về ngôn ngữ, vận động, trí não?

- Trẻ được chẩn đoán tình trạng trên lúc mấy tuổi?

- Ông/Bà hãy nêu tình trạng hiện tại của trẻ như thế nào?

- Trẻ đã hồi phục hoàn toàn khi nào?

Vui lòng nêu chi tiết của việc điều trị, lần khám hoặc làm xét nghiệm gần đây nhất (bao gồm hồ sơ khám và kết quả)

.....

.....

.....

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 Và Đồng Ý**

Bằng việc ký tên dưới đây, Tôi/Chúng tôi cam đoan và thừa nhận rằng:

- a) Tôi/Chúng tôi đồng ý và cho phép Công ty được toàn quyền thu thập, sử dụng, phân tích hay thực hiện các hoạt động xử lý dữ liệu khác, dù dưới bất kỳ hình thức nào và không cần thêm bất kỳ thông báo hay đồng ý từ Tôi/Chúng tôi hay bên thứ ba nào khác, toàn bộ thông tin cá nhân (bao gồm cả thông tin cá nhân nhạy cảm) của Tôi/Chúng tôi cũng như các thông tin, hình ảnh khác do Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm cung cấp, hoặc các thông tin, tài liệu giao dịch liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm mà Công ty có được nhằm mục đích giải quyết chi trả quyền lợi bảo hiểm, chăm sóc khách hàng, giới thiệu sản phẩm, dịch vụ của Công ty, phòng chống trục lợi bảo hiểm, tuân thủ pháp luật về phòng chống rửa tiền và tài trợ khủng bố, nghiên cứu, đánh giá tình hình tài chính, khả năng thanh toán, mức độ đầy đủ vốn, yêu cầu vốn, xử lý và quản trị cơ sở dữ liệu, thực hiện xử lý thông tin, tư vấn hay cung cấp thông tin liên quan đến sản phẩm hay dịch vụ, hay cho bất kỳ mục đích nào khác để phục vụ hoạt động kinh doanh của Công ty.
- b) Cho các mục đích đã đề cập tại điểm a), Tôi/Chúng tôi đồng ý thêm rằng vào mọi thời điểm, Công ty được quyền chuyển giao cho công ty mẹ, các công ty con, công ty thành viên, cá nhân/đơn vị liên kết trong cùng Tập đoàn FWD và/hoặc bất kỳ bên thứ ba nào khác, dù trong hay ngoài lãnh thổ Việt Nam và dưới bất kỳ hình thức nào, toàn bộ các thông tin nêu tại mục a) trên mà không cần phải thông báo hay xin phép hay đạt được bất kỳ chấp thuận nào thêm từ Tôi/Chúng tôi hay bất kỳ bên thứ ba nào.
- c) Toàn bộ thông tin trên đây và hồ sơ kèm theo được cung cấp, thu thập một cách hợp pháp, đầy đủ, chính xác, đúng sự thật và Tôi/Chúng tôi đã nhận được sự đồng ý của chủ thể dữ liệu liên quan trong việc cung cấp thông tin cũng như cấp quyền cho Công ty thực hiện việc xử lý, chuyển giao dữ liệu, thông tin theo quy định tại điểm a) và b) trên đây và cam kết chịu mọi trách nhiệm phát sinh trong trường hợp không thực hiện đúng, đầy đủ các cam đoan này.
- d) Tôi/Chúng tôi đồng ý thêm rằng tất cả sự cho phép, cấp quyền hay cam kết của Tôi/Chúng tôi sẽ tiếp tục có hiệu lực kể cả trong trường hợp Hợp đồng bảo hiểm với Công ty bị chấm dứt vì bất kỳ lý do gì.
- e) Yêu cầu điều chỉnh này chỉ có hiệu lực khi được Công ty chấp thuận bằng văn bản.

<p><b>Người Được Bảo Hiểm Thứ 1</b> (Vui lòng ký tên và ghi rõ họ tên)</p>	<p><b>Người Được Bảo Hiểm Thứ 2</b> (Vui lòng ký tên và ghi rõ họ tên)</p>	<p><b>Bên Mua Bảo Hiểm</b> (Vui lòng ký tên và ghi rõ họ tên)</p>
Họ và tên: .....	Họ và tên: .....	Họ và tên: .....
Ngày: __ / __ / ____	Ngày: __ / __ / ____	Ngày: __ / __ / ____
<b>Phần dành cho FWD Việt Nam</b>		
Ngày nhận: __ / __ / ____	Người nhận: .....	
Nơi nhận: .....	Hồ sơ đính kèm: .....	