

BẢNG KHAI BÁO TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE (Do khách hàng điền)

(Quý khách xin lưu ý: Bản gốc Bảng khai báo cùng giấy tờ bổ sung (nếu có) xin chuyển về:
Phòng nghiệp vụ, Công ty Mirae Asset Prévoir - Tầng 9, Tòa nhà Mặt Trời Sông Hồng, số 23 Phan Chu Trinh, Quận Hoàn Kiếm, TP. Hà Nội).

Số hợp đồng chính:..... Ngày hiệu lực...../...../..... Tên sản phẩm.....

Họ tên Bên mua bảo hiểm:..... Giới tính: Nam Nữ

Số giấy tờ tùy thân (CCCD/CMND/Hộ chiếu/GKS):Ngày sinh:/...../.....

Địa chỉ:

Điện thoại:

Họ tên Người được bảo hiểm: Giới tính: Nam Nữ

Số giấy tờ tùy thân (CCCD/CMND/Hộ chiếu/GKS):Ngày sinh:/...../.....

Địa chỉ:

Lý do khai báo:

Vui lòng cung cấp thông tin sức khỏe của Bên mua bảo hiểm (BMBH)/Người được bảo hiểm (NĐBH) bằng cách trả lời các câu hỏi dưới đây:

Quý khách lưu ý:

- Nếu Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm là một, chỉ cần kê khai thông tin của Người được bảo hiểm.
- Nếu Người được bảo hiểm dưới 18 tuổi, Bên mua bảo hiểm kê khai thay Người được bảo hiểm.

BẢNG CÂU HỎI SỨC KHỎE				
Vui lòng cung cấp thông tin sức khỏe bằng cách trả lời các câu hỏi dưới đây:	BMBH		NĐBH	
Người được bảo hiểm: Chiều cao...(m)/ Cân nặng:.....(kg)	Có	Không	Có	Không
Bên mua bảo hiểm: Chiều cao...(m)/ Cân nặng:.....(kg)	Có	Không	Có	Không
Đã khi nào Người được bảo hiểm mắc bệnh, được điều trị hay đã đi khám hoặc có những triệu chứng dưới đây không?				
1. Suy giảm thị lực, nhìn đôi, ù tai, suy giảm thính lực, điếc, nói khó, viêm tai giữa, viêm họng điều trị trên 1 tuần chưa khỏi hoặc các rối loạn thị lực hay thính lực khác?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Đau ngực, cảm giác hồi hộp đánh trống ngực, loạn nhịp tim, khó thở khi gắng sức, tiếng thổi ở tim, tim bẩm sinh, cao huyết áp, thiếu máu cơ tim, thấp tim, bệnh van tim, bệnh mạch vành, bệnh cơ tim, suy tim, tai biến mạch máu não, dị dạng mạch não (AVM), dẫn tĩnh mạch, trĩ hoặc các rối loạn tim mạch khác?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Khàn tiếng, ho kéo dài, ho ra máu, khó thở, hen (suyễn), lao, viêm phế quản phổi mãn tính, bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD), bệnh khí phế thũng, xơ phổi, tràn dịch màng phổi hoặc các rối loạn hô hấp khác?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Nuốt khó, nuốt nghẹn, nôn máu, đi ngoài ra máu, ỉa chảy kéo dài trên 1 tuần, vàng da, cổ chướng, viêm gan vi rút B hoặc C, viêm gan do rượu, viêm gan mãn, xơ gan, sỏi mật, gan to, lách to, viêm loét đường tiêu hóa, viêm tụy, viêm đại tràng hoặc các rối loạn khác tại dạ dày, đường ruột, gan hay túi mật khác?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Đái buốt, đái máu, nước tiểu có albumin, máu hoặc mù, bí tiểu, phù, sỏi tiết niệu, viêm cầu thận, hội chứng thận hư, suy thận, rối loạn kinh nguyệt hoặc các rối loạn khác tại thận, hệ tiết niệu, tiền liệt tuyến hoặc cơ quan sinh dục khác?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Rối loạn giấc ngủ, đau đầu kéo dài, chóng mặt, co giật, động kinh, liệt, teo cơ, đột quỵ, thiếu máu não, viêm dây thần kinh, viêm não-màng não, Parkinson, sa sút trí tuệ (Alzheimer) hoặc các rối loạn tâm thần hay thần kinh khác?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dị dạng, tàn tật, mất chi, teo cơ, nhược cơ hoặc rối loạn khác tại cột sống, khớp, cơ bắp, xương?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sốt kéo dài, bệnh tiểu đường, bướu cổ, cường giáp, suy giáp hoặc các rối loạn và bệnh lý tuyến nội tiết khác?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Bệnh bẩm sinh, thiếu máu, bệnh bạch cầu, ưa chảy máu, rối loạn đông máu hoặc các bệnh về máu khác?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Các loại ung bướu và ung thư, hạch cổ, hạch nách, hạch thượng đòn, nhiễm độc hóa chất hoặc các rối loạn-bệnh lý của da hay hệ bạch huyết khác?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Bệnh bệnh hoa liễu, nhiễm HIV/AIDS, các tình trạng hoặc phức hợp dấu hiệu liên quan đến AIDS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Đã bao giờ Người được bảo hiểm đi tư vấn, khám hoặc điều trị bệnh AIDS không hoặc thử xét nghiệm HIV (vui lòng cho biết kết quả)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trong vòng 5 năm vừa qua, Người được bảo hiểm từng:				
13. Xét nghiệm chẩn đoán: X-quang, điện tâm đồ, siêu âm, nội soi, sinh thiết, thử máu, thử nước tiểu? Nếu có, vui lòng cho biết kết quả.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ốm đau, bị chấn thương, bị phẫu thuật, nằm viện hoặc phải được điều trị bởi một bác sỹ nào hay không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Yêu cầu bồi thường cho bất kỳ sự ốm đau, tai nạn hoặc thương tật?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Tăng giảm trọng lượng hơn 5 kg trong năm qua? Nếu có, xin cho biết lý do?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Hiện nay Người được bảo hiểm có đang dùng thuốc điều trị gì không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Hút thuốc, sử dụng rượu bia hoặc sử dụng ma túy hay chất gây nghiện không? Nếu có, vui lòng cho biết số lượng, thời gian sử dụng và loại chất gây nghiện?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Người được bảo hiểm hoặc bất kỳ thành viên nào trong gia đình có mắc bệnh di truyền nào không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Người được bảo hiểm đã bao giờ bị từ chối, tạm hoãn, loại trừ hay hạn chế bảo hiểm hoặc bị tăng phí bảo hiểm khi tham gia bảo hiểm nhân thọ, bảo hiểm tai nạn hay bảo hiểm y tế; hoặc đã nộp đơn yêu cầu bồi thường với bất kỳ một hợp đồng bảo hiểm nào chưa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Người được bảo hiểm có tham gia hoặc dự định sẽ tham gia các hoạt động thể thao nguy hiểm (nhảy dù, lặn biển, bay cá nhân, leo núi...) hoặc bay trên các phương tiện bay không phải với tư cách là hành khách có mua vé theo lịch bay thông thường của hãng hàng không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Người được bảo hiểm sẽ thay đổi nghề nghiệp hoặc ra nước ngoài trong thời gian tới không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Câu hỏi dành cho trẻ em dưới 15 tuổi:				
23. Trẻ tăng bao nhiêu kg trong năm qua (áp dụng cho trẻ dưới 6 tuổi)?				
24. Đối với trẻ dưới 2 tuổi: Cân nặng lúc sinh:kg Có bị sinh non không: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không				
25. Có bất thường về phát triển tâm thần, vận động không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không				
Câu hỏi dành cho Người được bảo hiểm là Nữ:				
26. Người được bảo hiểm có đang mang thai không? Nếu có, vui lòng ghi rõ ngày dự kiến sinh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Người được bảo hiểm đã từng bị biến chứng khi mang thai?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Người được bảo hiểm đã từng mắc bệnh phụ khoa, rối loạn kinh nguyệt hay xuất huyết âm đạo bất thường?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Ghi chú: Đối với các câu trả lời là "Có", vui lòng ghi rõ số câu hỏi và trả lời đầy đủ thông tin chi tiết, tình trạng, chẩn đoán, thời gian, kết quả điều trị và gửi kèm các giấy tờ y tế liên quan (nếu có):</i>				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				

CAM KẾT:

Phần cam kết ở Giấy Yêu cầu bảo hiểm được áp dụng cho tất cả các biểu mẫu khác bao gồm Bản khai báo tình trạng sức khỏe này (nếu có).

Tôi xác nhận đã đọc và hiểu rõ toàn bộ Phần Cam kết được đề cập ở Giấy Yêu cầu bảo hiểm.

Bản sao của Bản khai báo tình trạng sức khỏe này sẽ có hiệu lực như bản gốc.

Chữ ký của Bên mua bảo hiểm
(Đóng dấu Công ty, nếu là Công ty)

Ngày tháng năm
Chữ ký của Người được bảo hiểm
(Nếu khác Bên mua bảo hiểm và từ 18 tuổi trở lên)