

## TỜ KHAI SỨC KHỎE

### DÀNH CHO NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM CHÍNH/ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM BỔ SUNG

Mã số Giấy yêu cầu bảo hiểm nhân thọ/ Mã số hợp đồng: \_\_\_\_\_

#### Thông tin của Người được bảo hiểm bổ sung

(Vui lòng cung cấp Giấy tờ tùy thân và Giấy tờ chứng minh mối quan hệ với Bên mua bảo hiểm)

Họ tên	① _____	② _____	③ _____
Mối quan hệ với BMBH			
Ngày sinh			
Giới tính	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ
Quốc tịch	<input type="checkbox"/> Việt Nam <input type="checkbox"/> Mỹ <input type="checkbox"/> Khác	<input type="checkbox"/> Việt Nam <input type="checkbox"/> Mỹ <input type="checkbox"/> Khác	<input type="checkbox"/> Việt Nam <input type="checkbox"/> Mỹ <input type="checkbox"/> Khác
Tình trạng hôn nhân	<input type="checkbox"/> Đã kết hôn <input type="checkbox"/> Độc thân	<input type="checkbox"/> Đã kết hôn <input type="checkbox"/> Độc thân	<input type="checkbox"/> Đã kết hôn <input type="checkbox"/> Độc thân
Số giấy tờ tùy thân	<input type="checkbox"/> Giấy CMND/CCCD <input type="checkbox"/> Hộ chiếu <input type="checkbox"/> Khác Số: _____	<input type="checkbox"/> Giấy CMND/CCCD <input type="checkbox"/> Hộ chiếu <input type="checkbox"/> Khác Số: _____	<input type="checkbox"/> Giấy CMND/CCCD <input type="checkbox"/> Hộ chiếu <input type="checkbox"/> Khác Số: _____
Địa chỉ thường trú	Số nhà: Phường/Xã: Quận/Huyện: Tỉnh/TP:	Số nhà: Phường/Xã: Quận/Huyện: Tỉnh/TP:	Số nhà: Phường/Xã: Quận/Huyện: Tỉnh/TP:
Địa chỉ liên hệ	Số nhà: Phường/Xã: Quận/Huyện: Tỉnh/TP:	Số nhà: Phường/Xã: Quận/Huyện: Tỉnh/TP:	Số nhà: Phường/Xã: Quận/Huyện: Tỉnh/TP:
Điện thoại/ Email	Điện thoại: Email:	Điện thoại: Email:	Điện thoại: Email:
Tên công ty			
Địa chỉ công ty			
Chức vụ			
Chi tiết nội dung công việc			

## TỜ KHAI SỨC KHỎE

### DÀNH CHO NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM CHÍNH/ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM BỔ SUNG

<p>Sản phẩm bổ trợ/Số tiền bảo hiểm/ Thời hạn bảo hiểm (Không áp dụng đối với sản phẩm Phúc Bảo An Trường Thịnh 2.0 CUL01)</p>	<p>1. _____ _____ _____ VNĐ _____ Năm</p> <p>2. _____ _____ _____ VNĐ _____ Năm</p> <p>3. _____ _____ _____ VNĐ _____ Năm</p> <p>4. _____ _____ _____ VNĐ _____ Năm</p> <p>5. _____ _____ _____ VNĐ _____ Năm</p> <p>6. _____ _____ _____ VNĐ _____ Năm</p>	<p>1. _____ _____ _____ VNĐ _____ Năm</p> <p>2. _____ _____ _____ VNĐ _____ Năm</p> <p>3. _____ _____ _____ VNĐ _____ Năm</p> <p>4. _____ _____ _____ VNĐ _____ Năm</p> <p>5. _____ _____ _____ VNĐ _____ Năm</p> <p>6. _____ _____ _____ VNĐ _____ Năm</p>	<p>1. _____ _____ _____ VNĐ _____ Năm</p> <p>2. _____ _____ _____ VNĐ _____ Năm</p> <p>3. _____ _____ _____ VNĐ _____ Năm</p> <p>4. _____ _____ _____ VNĐ _____ Năm</p> <p>5. _____ _____ _____ VNĐ _____ Năm</p> <p>6. _____ _____ _____ VNĐ _____ Năm</p>
<p>Quyền lợi bảo hiểm tăng cường/Số tiền bảo hiểm/ Thời hạn bảo hiểm (Chỉ dành cho sản phẩm Phúc Bảo An Trường Thịnh 2.0 CUL01)</p>	<p><input type="checkbox"/> Quyền Lợi Bảo Hiểm Tăng Cường Bảo Hiểm Tử Vong và Thương Tật Do Tai Nạn (UAD01) _____ VNĐ _____ Năm</p> <p><input type="checkbox"/> Quyền Lợi Bảo Hiểm Tăng Cường Bảo Hiểm Hỗ Trợ Viện Phí ( UHS01) _____ VNĐ _____ Năm</p> <p><input type="checkbox"/> Quyền Lợi Bảo Hiểm Tăng Cường Bảo Hiểm Bệnh Hiểm Nghèo ( UCI01) _____ VNĐ _____ Năm</p>	<p><input type="checkbox"/> Quyền Lợi Bảo Hiểm Tăng Cường Bảo Hiểm Tử Vong và Thương Tật Do Tai Nạn (UAD01) _____ VNĐ _____ Năm</p> <p><input type="checkbox"/> Quyền Lợi Bảo Hiểm Tăng Cường Bảo Hiểm Hỗ Trợ Viện Phí ( UHS01) _____ VNĐ _____ Năm</p> <p><input type="checkbox"/> Quyền Lợi Bảo Hiểm Tăng Cường Bảo Hiểm Bệnh Hiểm Nghèo ( UCI01) _____ VNĐ _____ Năm</p>	<p><input type="checkbox"/> Quyền Lợi Bảo Hiểm Tăng Cường Bảo Hiểm Tử Vong và Thương Tật Do Tai Nạn (UAD01) _____ VNĐ _____ Năm</p> <p><input type="checkbox"/> Quyền Lợi Bảo Hiểm Tăng Cường Bảo Hiểm Hỗ Trợ Viện Phí ( UHS01) _____ VNĐ _____ Năm</p> <p><input type="checkbox"/> Quyền Lợi Bảo Hiểm Tăng Cường Bảo Hiểm Bệnh Hiểm Nghèo ( UCI01) _____ VNĐ _____ Năm</p>

## TỜ KHAI SỨC KHỎE

### DÀNH CHO NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM CHÍNH/ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM BỔ SUNG

Tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm bổ sung (NDBH bổ sung) hoặc Người được bảo hiểm chính (NDBH chính) trong trường hợp cần kê khai bổ sung thông tin sức khỏe	NDBH chính	NDBH bổ sung ①	NDBH bổ sung ②	NDBH bổ sung ③
<b>01.</b> Chiều cao/ Cân nặng	____(cm) ____(kg)	____(cm) ____(kg)	____(cm) ____(kg)	____(cm) ____(kg)
<b>02.</b> Trong vòng năm (05) năm gần đây đã có lần nào bị thương hoặc mắc bệnh phải nhập viện kiểm tra, điều trị không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
<b>03.</b> Có mắc một trong các loại bệnh dưới đây phải chịu sự điều trị, thăm khám của bác sĩ hoặc phải uống thuốc không?				
<b>A.</b> Cao huyết áp (chỉ áp suất tâm thu 140mmHg trở lên hoặc áp suất tâm trương 90mmHg trở lên), chứng đau thắt ngực, nhồi máu cơ tim, thoái hóa cơ tim, viêm màng trong tim, bệnh tim phong thấp tính, bệnh tim bẩm sinh, u động mạch chủ, bệnh van màng tim (van hẹp, đóng không khí, dị dạng) hoặc phẫu thuật về tim mạch, nhịp tim không đều (lúc đập quá nhanh hoặc lúc đập quá chậm)?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
<b>B.</b> Đột quy (xuất huyết não, tai biến mạch máu não), u não, u động mạch não, động tĩnh mạch não dị dạng, chứng đa xơ cứng, bệnh về tủy sống, teo cơ, động kinh, suy nhược cơ năng, thiếu máu não tạm thời, chứng Parkinson, bệnh thần kinh, viêm não, viêm màng não, tràn dịch não?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
<b>C.</b> Tràn khí phổi, giãn khí quản, các bệnh liên quan do hít phải quá nhiều khí bụi, lao phổi, hen suyễn, mưng mủ phổi, nghẽn mạch phổi, viêm phổi, viêm khí quản, chứng sưng màng phổi, tức ngực, ho ra máu?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
<b>D.</b> Viêm gan, sỏi gan, xơ gan, chức năng gan bất thường (bất thường so với các chỉ số trong giới hạn bình thường khi kiểm tra sức khỏe), viêm gan siêu vi, mưng mủ gan, bệnh vàng da, gan hoặc lá lách phù nề. Thực quản, dạ dày, trực tràng viêm loét hoặc xuất huyết, viêm loét đại tràng, viêm tụy? Viêm dạ dày, sỏi mật, viêm túi mật, trĩ, đại tiện ra máu, hội chứng ruột bị kích thích?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

## TỜ KHAI SỨC KHỎE

### DÀNH CHO NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM CHÍNH/ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM BỔ SUNG

<b>E.</b> Viêm thận, hội chứng bệnh thận, chức năng thận không tốt, nhiễm độc nước tiểu, u nang thận?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
<b>F.</b> Các bệnh về võng mạc, xuất huyết hoặc bong tróc, các bệnh về dây thần kinh thị giác, tăng nhãn áp, đục thủy tinh thể. Phát ban đỏ, các bệnh về thiếu hụt chất đạm (protein-collagen) ở mô liên kết?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
<b>G.</b> Ung thư (có khối u ác tính), u đại tràng? Bệnh gout, mỡ trong máu cao. Bướu cổ, chứng đậu tằm (chứng thiếu máu G6DP), giãn tĩnh mạch, u lành tính. Bệnh ưa chảy máu, bệnh máu trắng, thiếu máu (thiếu máu do không thể tái tạo, thiếu máu vùng biển thể nặng (thiếu máu cooley), phát ban tím?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
<b>H.</b> Tiểu đường, viêm khớp dạng thấp, bệnh to tú chi, chức năng tuyến yên rối loạn hoặc suy giảm, chức năng tuyến giáp rối loạn hoặc suy giảm, chức năng tuyến thượng thận rối loạn hoặc suy giảm?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
<b>I.</b> Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS hoặc HIV) dương tính? Quá lạm dụng rượu hoặc ma túy, các chất gây nghiện ( không bao gồm các chất kích thích thông thường như cà phê, chè, thuốc lá...) dẫn đến nghiện, hay chóng mặt, đầu óc quay cuồng, chân tay tê mỏi?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
<b>J.</b> Chứng nhìn nhân đôi, các bệnh về giác mạc, viêm màng mạch nho, hoa mắt, tràn nội dịch, viêm dây thần kinh tiền đình, viêm tai giữa, viêm đầu vú, viêm xoang, cong vách ngăn mũi, hạch trong mũi?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
<b>K.</b> Sỏi đường tiết niệu, viêm đường tiết niệu, tiểu ra chất đạm (protein), tiểu ra máu, viêm khung xương chậu, thương / viêm tuyến tiền liệt, thoát vị bẹn?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
<b>L.</b> Gãy xương, viêm khớp, thoát vị đĩa đệm, đau dây thần kinh tọa, phải lắp thêm thiết bị nhân tạo, bệnh tê liệt dây thần kinh vận động, co thắt, xơ cứng da.	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
<b>04.</b> Hiện nay có dấu hiệu trí não chậm phát triển (nhưng nhìn bề ngoài không thể biết được) hoặc bị mù, điếc và lời nói, nhai nuốt, chức năng tứ chi không toàn vẹn (thiếu chi, liệt, dị dạng)?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

## TỜ KHAI SỨC KHỎE

### DÀNH CHO NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM CHÍNH/ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM BỔ SUNG

<b>05.</b> Đã từng hoặc đang mắc bệnh về mắt hoặc mắt bị tổn thương phải chịu sự điều trị, thăm khám của bác sĩ chuyên khoa mắt hoặc phải uống thuốc, thậm chí đã phải qua điều chỉnh thị lực, sau khi điều chỉnh thị lực một mắt đạt mức tốt nhất là dưới 0,3 theo Biểu đồ thị lực của Landolt?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
<b>06.</b> Đã từng hoặc đang mắc loại bệnh nào ở vùng tai hoặc bộ phận tai mũi họng phải chịu sự điều trị, thăm khám của bác sĩ chuyên khoa tai mũi họng hoặc phải uống thuốc, thậm chí mất khả năng nghe của một tai từ 50dB trở lên?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
<b>07.</b> Có thói quen sử dụng rượu bia hoặc đồ uống có cồn khác không? Nếu có vui lòng nêu rõ loại đồ uống và số lượng uống/tuần Trả lời: _____	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
<b>08.</b> Có thói quen hút thuốc không. Nếu có vui lòng nêu rõ số lượng thuốc hút trung bình mỗi ngày và đã từng hút trong bao nhiêu năm? Trả lời: _____	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
<b>09.</b> Có đang uống bất kì loại thuốc chữa bệnh nào không? Nếu có, xin cho biết loại thuốc đang sử dụng và lý do sử dụng? A. Tên loại thuốc _____ B. Nguyên nhân sử dụng _____ Ông/Bà đã hoặc đang được điều trị bằng hóa chất, tia xạ hay phẫu thuật không? Nếu có, xin vui lòng cho biết nguyên nhân? Nguyên nhân _____	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
<b>10.</b> Đã từng hoặc đang sử dụng bất kỳ loại chất ma túy hay chất gây nghiện nào không (không bao gồm các chất kích thích thông thường như cà phê, chè, thuốc lá, thuốc lào)?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
<b>11.</b> Bố mẹ, anh chị em ruột có mắc hoặc tử vong vì các bệnh như ung thư, bệnh về tim mạch, cao huyết áp, tiểu đường, thần kinh, bệnh về máu hoặc các loại bệnh di truyền khác không? Nếu có, đề nghị trả lời những câu hỏi dưới đây: A. Quan hệ huyết thống: _____ B. Nguyên nhân mắc bệnh hoặc qua đời: _____ C. Tuổi khi qua đời _____ tuổi	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

**TỜ KHAI SỨC KHỎE**  
**DÀNH CHO NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM CHÍNH/ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM BỔ SUNG**

<p><b>12.</b> Người được bảo hiểm hoặc Bên mua bảo hiểm là nữ giới, vui lòng trả lời những câu dưới đây:</p> <p>A. Trong vòng một (01) năm trở lại đây có mắc bệnh viêm tuyến vú, chứng tiết nhiều sữa, vị trí nội mạc tử cung không bình thường, sa tử cung, âm đạo chảy máu bất thường, phải chịu sự thăm khám, điều trị hoặc phải uống thuốc?</p> <p>B. Hiện có đang mang thai hay không?              Nếu có, đã được mấy tuần rồi? _____ Tuần              Lần gần đây nhất có kinh nguyệt là ngày: __/ __/ __</p>	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
---	---	---	---	---

**13.** Người được bảo hiểm có phải là trẻ em từ 06 tuổi trở xuống không? Nếu Có, đề nghị trả lời câu hỏi dưới đây:

A. Hình thức sinh:  Sinh thường  
 Sinh mổ, vui lòng nêu rõ nguyên nhân: \_\_\_\_\_

B. Số tuần mang thai: \_\_\_\_\_ tuần, cân nặng trẻ lúc mới sinh: \_\_\_\_\_ kg  
*Nếu thời gian mang thai chưa đủ 37 tuần hoặc cân nặng trẻ em lúc mới sinh nhẹ hơn 2,5 kg, đề nghị cung cấp thêm Bảng điều tra sức khỏe trẻ em.*

**Đối với những câu trả lời Có, đề nghị điền đầy đủ thông tin trong bảng dưới đây**

Tên NDBH chính/ NDBH bổ sung	STT Câu hỏi	Tên bệnh	Thời gian mắc bệnh	Tình trạng hiện tại

**Trường hợp NDBH chính/NDBH bổ sung có bất kỳ dấu hiệu, triệu chứng, bệnh nào mà chưa được đề cập đến trong mục “Tình trạng sức khỏe” của Tờ khai sức khỏe này, vui lòng kê khai chi tiết:**

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

**TỜ KHAI SỨC KHỎE**  
**DÀNH CHO NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM CHÍNH/ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM BỔ SUNG**

**Mục bổ sung của Khách hàng**

**Mục Cam kết và Ủy quyền của Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm**

*(Vui lòng đọc kỹ trước khi ký tên)*

1. Tôi/Chúng tôi cam kết rằng toàn bộ thông tin được kê khai trong Tờ khai sức khỏe này cũng như bất cứ thông tin nào khác mà Tôi/Chúng tôi cung cấp cho Công ty đều là các thông tin có thật, được Tôi/Chúng tôi cung cấp cho Công ty một cách đầy đủ, toàn vẹn và chính xác nhất mà Tôi/Chúng tôi biết, được biết, được đích thân Tôi/Chúng tôi ký tên xác nhận.
2. Tôi/Chúng tôi cũng hiểu rằng, việc cố tình kê khai hoặc cung cấp thông tin không đầy đủ, không trung thực hoặc không chính xác, làm ảnh hưởng tới việc đánh giá và chấp nhận bảo hiểm của Công ty, có thể làm Hợp đồng bảo hiểm đã được phát hành bị vô hiệu hoặc bị Công ty đơn phương đình chỉ thực hiện theo quy định pháp luật và quyền lợi bảo hiểm liên quan không được chi trả.
3. Tôi/Chúng tôi hiểu và đồng ý rằng việc thẩm định sức khỏe không phải là nghĩa vụ bắt buộc của Công ty. Việc thẩm định sức khỏe của Công ty (nếu có) không làm giảm trừ, miễn trừ hoặc thay thế nghĩa vụ kê khai thông tin trung thực, đầy đủ và chính xác của Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm tại Tờ khai sức khỏe này.
4. Tôi/Chúng tôi đồng ý rằng Công ty được phép thu thập các thông tin cá nhân, thông tin về sức khỏe, nghề nghiệp của Tôi/Chúng tôi từ bất kỳ cơ quan, tổ chức và/hoặc cá nhân nào mà không cần phải được Tôi/Chúng tôi cho phép bởi một văn bản khác, nhằm mục đích thực hiện các công việc liên quan đến việc bảo hiểm cho Tôi/Chúng tôi; Tôi/Chúng tôi đồng ý rằng bất kỳ cơ quan, tổ chức, cá nhân nào mà Công ty đề nghị, yêu cầu đều được phép cung cấp các thông tin nêu trên của Tôi/Chúng tôi mà họ có thể có tùy từng thời điểm cho Công ty mà không phải chịu bất kỳ trách nhiệm pháp lý nào.
5. Tôi/Chúng tôi đồng ý rằng Công ty sẽ chịu trách nhiệm bảo mật các thông tin cá nhân do Tôi/Chúng tôi cung cấp trong Tờ khai sức khỏe này. Đồng thời Tôi/Chúng tôi cũng đồng ý rằng Công ty được phép cung cấp các thông tin liên quan tới hồ sơ yêu cầu bảo hiểm nhân thọ của Tôi/Chúng tôi trong trường hợp thu thập, sử dụng, chuyển giao theo yêu cầu của cơ quan nhà nước có thẩm quyền hoặc cho mục đích thẩm định, tính toán phí bảo hiểm, phát hành hợp đồng bảo hiểm, thu phí bảo hiểm, tái bảo hiểm, trích lập dự phòng nghiệp vụ, giải quyết chi trả quyền lợi bảo hiểm, nghiên cứu thiết kế sản phẩm, phòng chống trục lợi bảo hiểm, phòng chống rửa tiền, phòng chống tài trợ khủng bố và phòng chống phổ biến vũ khí hủy diệt hàng loạt, nghiên cứu, đánh giá tình hình tài chính, khả năng thanh toán, mức độ đầy đủ vốn, yêu cầu vốn, hoặc các mục đích khác.
6. Tôi/Chúng tôi đã đọc và được đại lý của Công ty giải thích toàn bộ những câu hỏi và yêu cầu kê khai tại Tờ khai sức khỏe, quyền lợi bảo hiểm, bảo hiểm tạm thời, các điều khoản loại trừ và xác nhận rằng những thông tin này là đầy đủ và chính xác, sản phẩm được chọn mua phù hợp với nhu cầu bảo hiểm của Tôi/Chúng tôi. Mọi thông tin được trao đổi bằng lời nói trái với các nội dung tại Giấy yêu cầu bảo hiểm và hợp đồng bảo hiểm sẽ không phát sinh hiệu lực.



**TỜ KHAI SỨC KHỎE**  
**DÀNH CHO NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM CHÍNH/ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM BỔ SUNG**

**Địa điểm và Ngày ký Tờ khai sức khỏe** **Ký tại** \_\_\_\_\_ , Ngày / /

**Bên mua bảo hiểm**  
**(Ký và ghi rõ họ tên)**

Họ tên: \_\_\_\_\_

**Người được bảo hiểm chính**

*Người đại diện theo pháp luật của NĐBH ký tên nếu NĐBH chưa đủ 6 tuổi*

Họ tên: \_\_\_\_\_

**Người đại diện theo pháp luật**

*Người được bảo hiểm chưa đủ 18 tuổi thì người đại diện theo pháp luật phải ký tên đồng ý*

Họ tên: \_\_\_\_\_

Mối quan hệ với NĐBH chính: \_\_\_\_\_

Số CMND/CCCD/Hộ

chiếu: \_\_\_\_\_

Số điện thoại liên lạc: \_\_\_\_\_

**Người được bảo hiểm bổ sung 1**

*Người đại diện theo pháp luật của NĐBH ký tên nếu NĐBH chưa đủ 6 tuổi*

Họ tên: \_\_\_\_\_

**Người đại diện theo pháp luật**

*Người được bảo hiểm bổ sung chưa đủ 18 tuổi thì người đại diện theo pháp luật phải ký tên đồng ý*

Họ tên: \_\_\_\_\_

Mối quan hệ với NĐBH bổ sung 1: \_\_\_\_\_

Số CMND/CCCD/Hộ

chiếu: \_\_\_\_\_

Số điện thoại liên lạc: \_\_\_\_\_

**Người được bảo hiểm bổ sung 2**

*Người đại diện theo pháp luật của NĐBH ký tên nếu NĐBH chưa đủ 6 tuổi*

Họ tên: \_\_\_\_\_

**Người đại diện theo pháp luật**

*Người được bảo hiểm bổ sung chưa đủ 18 tuổi thì người đại diện theo pháp luật phải ký tên đồng ý*

Họ tên: \_\_\_\_\_

Mối quan hệ với NĐBH bổ sung 2: \_\_\_\_\_

Số CMND/CCCD/Hộ

chiếu: \_\_\_\_\_

Số điện thoại liên lạc: \_\_\_\_\_

**Người được bảo hiểm bổ sung 3**

*Người đại diện theo pháp luật của NĐBH ký tên nếu NĐBH chưa đủ 6 tuổi*

Họ tên: \_\_\_\_\_

**Người đại diện theo pháp luật**

*Người được bảo hiểm bổ sung chưa đủ 18 tuổi thì người đại diện theo pháp luật phải ký tên đồng ý*

Họ tên: \_\_\_\_\_

Mối quan hệ với NĐBH bổ sung 3: \_\_\_\_\_

Số CMND/CCCD/Hộ

chiếu: \_\_\_\_\_

Số điện thoại liên lạc: \_\_\_\_\_



**TỜ KHAI SỨC KHỎE**  
**DÀNH CHO NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM CHÍNH/ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM BỔ SUNG**

**Cam kết của Đại lý bảo hiểm**

1. Tôi cam kết những thông tin được kê khai trong Giấy yêu cầu bảo hiểm nhân thọ và Tờ khai sức khỏe này là những thông tin duy nhất mà Khách hàng (Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm) đã cung cấp cho Tôi.
2. Tôi cam kết đã không che giấu hoặc hướng dẫn Khách hàng không kê khai, kê khai không đầy đủ hoặc không chính xác các thông tin có thể gây ảnh hưởng đến quyết định chấp nhận bảo hiểm của Công ty đối với Khách hàng.
3. Tôi cam kết đã đối chiếu bản sao các giấy tờ nhân thân của Khách hàng với bản chính; đã giải thích rõ ràng các câu hỏi về nghề nghiệp và sức khỏe trong Tờ khai sức khỏe này, đồng thời đã tư vấn cho Khách hàng đúng theo quy định tại quy tắc điều khoản sản phẩm.
4. Tôi xác nhận Tờ khai sức khỏe này là do Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc Người đại diện theo pháp luật của Người được bảo hiểm đích thân điền và ký tên.

Mã số đại lý: \_\_\_\_\_

Mã đơn vị kinh doanh: \_\_\_\_\_

Số điện thoại liên lạc: \_\_\_\_\_

Họ tên: \_\_\_\_\_

**Mục bổ sung làm rõ của Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ Fubon Việt Nam**