

TỜ KHAI SỨC KHỎE

Số hợp đồng: Mã văn phòng:

Họ tên Tư vấn tài chính: Mã số: Điện thoại:

A. THÔNG TIN CÁ NHÂN:

Họ và tên (viết chữ IN HOA):

Ngày tháng năm sinh:

Giới tính, Quốc tịch:

Số CMND/Hộ chiếu/Khai sinh:

Ngày cấp, Nơi cấp:

Tình trạng hôn nhân:

Địa chỉ thường trú:

Số nhà, tên đường:
Phường/Xã/Thị trấn:
Quận/Huyện, Tỉnh/Thành phố:

 Địa chỉ liên lạc
(nếu khác địa chỉ trên):

Số nhà, tên đường:
Phường/Xã/Thị trấn:
Quận/Huyện, Tỉnh/Thành phố:
Số điện thoại:
Địa chỉ email:

Nghề nghiệp/Chức vụ:

Chi tiết công việc/Học lớp:
Tên Công ty/Trường học:

 Thu nhập bình quân hàng năm
(đồng):

Quan hệ với BMBH:

BÊN MUA BẢO HIỂM (BMBH)/ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM BỔ SUNG (NDBH-BS)		NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM (NDBH)/ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM BỔ SUNG (NDBH-BS)	
Họ và tên (viết chữ IN HOA):		Họ và tên (viết chữ IN HOA):	
Ngày tháng năm sinh:		Ngày tháng năm sinh:	
Giới tính, Quốc tịch:		Giới tính, Quốc tịch:	
Số CMND/Hộ chiếu/Khai sinh:		Số CMND/Hộ chiếu/Khai sinh:	
<i>Ngày cấp, Nơi cấp:</i>		<i>Ngày cấp, Nơi cấp:</i>	
Tình trạng hôn nhân:		Tình trạng hôn nhân:	
Địa chỉ thường trú:		Địa chỉ thường trú:	
<i>Số nhà, tên đường:</i>		<i>Số nhà, tên đường:</i>	
<i>Phường/Xã/Thị trấn:</i>		<i>Phường/Xã/Thị trấn:</i>	
<i>Quận/Huyện, Tỉnh/Thành phố:</i>		<i>Quận/Huyện, Tỉnh/Thành phố:</i>	
Địa chỉ liên lạc (nếu khác địa chỉ trên):		Địa chỉ liên lạc (nếu khác địa chỉ trên):	
<i>Số nhà, tên đường:</i>		<i>Số nhà, tên đường:</i>	
<i>Phường/Xã/Thị trấn:</i>		<i>Phường/Xã/Thị trấn:</i>	
<i>Quận/Huyện, Tỉnh/Thành phố:</i>		<i>Quận/Huyện, Tỉnh/Thành phố:</i>	
<i>Số điện thoại:</i>		<i>Số điện thoại:</i>	
<i>Địa chỉ email:</i>		<i>Địa chỉ email:</i>	
Nghề nghiệp/Chức vụ:		Nghề nghiệp/Chức vụ:	
<i>Chi tiết công việc/Học lớp:</i>		<i>Chi tiết công việc/Học lớp:</i>	
<i>Tên Công ty/Trường học:</i>		<i>Tên Công ty/Trường học:</i>	
Thu nhập bình quân hàng năm (đồng):		Thu nhập bình quân hàng năm (đồng):	
Quan hệ với BMBH:		Quan hệ với BMBH:	

B. SẢN PHẨM BỔ SUNG:

(Phần này chỉ dành cho Người được bảo hiểm bổ sung khi tham gia Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm mới)

	NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM BỔ SUNG (NDBH-BS)/ (Họ và tên)		NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM BỔ SUNG (NDBH-BS)/ (Họ và tên)	
	Số tiền bảo hiểm (đồng)	Thời hạn bảo hiểm (năm)	Số tiền bảo hiểm (đồng)	Thời hạn bảo hiểm (năm)
<input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Mọi Rủi Ro Do Tai Nạn				
<input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Rủi Ro Do Tai Nạn Nâng Cao				
<input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Tử Kỳ				
<input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Bệnh Hiếm Nghèo Mở Rộng				
<input type="checkbox"/> Hỗ Trợ Viện Phí và Phẫu Thuật Mở Rộng				
<input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Bảo Vệ Ung Thư				
<input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Thanh Toán Chi Phí Điều Trị Thực Tế Do Ung Thư				
<input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Hỗ Trợ Điều Trị Ung Thư Nâng Cao				
<input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Hỗ Trợ Chi Phí Nằm Viện Do Ung Thư				
<input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Bồi Hoàn Chi Phí Y Tế Thực Tế - QL Điều Trị Nội Trú				
<input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Bồi Hoàn Chi Phí Y Tế Thực Tế - QL Điều Trị Ngoại Trú				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				

Chữ ký của Bên mua bảo hiểm:

Họ tên:.....

C. THÔNG TIN TỔNG QUÁT:

BMBH/ NDBH-BS (Họ và tên) ★		NDBH/ NDBH-BS (Họ và tên) ★★	
cm/	kg	cm/	kg
Không	Có	Không	Có

Chiều cao/ Cân nặng:

1. Ông/Bà có là công dân Hoa Kỳ hoặc là người có nghĩa vụ kê khai thuế tại Hoa Kỳ hoặc có một trong các dấu hiệu Hoa Kỳ sau: (i) Hộ chiếu hoặc các giấy tờ cư trú tại Hoa Kỳ, (ii) Mã số thuế tại Hoa Kỳ, (iii) Nơi sinh, số điện thoại, địa chỉ liên lạc tại Hoa Kỳ?

Nếu có, vui lòng hoàn tất và nộp kèm các biểu mẫu theo Đạo luật tuân thủ Thuế đối với tài khoản nước ngoài của Hoa Kỳ (FATCA): W-8BEN hoặc W-8BEN-E hoặc W-9.

2. Ngoài yêu cầu bảo hiểm này, Ông/Bà có đang được bảo hiểm hoặc đã hay đang yêu cầu bảo hiểm ở các công ty bảo hiểm nhân thọ, kể cả Hanwha Life Việt Nam hay không?

3. Nếu có, trong các yêu cầu bảo hiểm nêu trên, có yêu cầu nào bị tăng phí, loại trừ, tạm hoãn, từ chối, hoặc đã hay đang yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm không?

Nếu có, xin cho biết chi tiết:

	Số hồ sơ/ Số hợp đồng	Tên công ty bảo hiểm	Điều kiện bảo hiểm (phí chuẩn, tăng phí,...)	Yêu cầu chi trả quyền lợi
★				
★★				

4. Ông/Bà có tham gia hoặc dự định tham gia các hoạt động nguy hiểm như lặn với bình khí nén, leo núi, nhảy dù, đua xe, săn bắn,... không?

5. Ông/Bà đã từng hoặc đang sử dụng ma túy hoặc chất gây nghiện không?

Nếu có, xin cho biết loại (tên) ma túy, thời gian sử dụng, thời điểm ngưng sử dụng gần nhất, đã từng cai nghiện (số lần cai nghiện)?.....

6. Ông/Bà đã từng phải thi hành án hình sự hoặc đang trong thời gian thi hành án hình sự, hoặc trong thời gian bị áp dụng các biện pháp ngăn chặn về hình sự theo quyết định của (các) Cơ quan có thẩm quyền?

Nếu có, vui lòng cung cấp chi tiết về thời gian đã thi hành án, loại án, lý do thi hành án và bản sao (các) bản án, quyết định có liên quan:.....

7. Có ai trong số cha/mẹ, anh/chi/em ruột của Ông/Bà bị bệnh hoặc chết vì ung thư, tim mạch, tai biến mạch máu não, tăng huyết áp, tiểu đường, bệnh thận, bệnh tâm thần, bệnh về máu hay các bệnh di truyền khác không?

Nếu có, xin cho biết chi tiết:

	Quan hệ gia đình		Triệu chứng/bệnh lý	Tuổi	
	Cha/mẹ	Anh/chi/ em		Khi còn sống	Lúc qua đời
★	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
★★	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

D. THÔNG TIN CHI TIẾT VỀ SỨC KHỎE:

1. Ông/Bà có giảm cân trong 3 tháng qua không?

Nếu có, xin cho biết giảm bao nhiêu kg và lý do:.....

2. Hiện tại Ông/Bà có dùng thuốc điều trị gì không?

Nếu có, xin cho biết điều trị bệnh gì và đính kèm giấy tờ liên quan:.....

BMBH/ NDBH-BS (Họ và tên) ★		NDBH/ NDBH-BS (Họ và tên) ★★	
Không	Có	Không	Có

3. Ông/Bà có hút thuốc lá không? Không Có

4. Ông/Bà có sử dụng rượu, bia không? Không Có

Nếu có, xin cho biết chi tiết:

	Thuốc lá (Số điếu hút 1 ngày và số năm hút)	Rượu (Số lượng uống 1 lần và bao lâu uống 1 lần)	Bia (Số lượng uống 1 lần và bao lâu uống 1 lần)
★			
★★			

5. Trong 5 năm vừa qua, Ông/Bà có khám bệnh hay điều trị bệnh ở bệnh viện, cơ sở y tế hay bác sĩ nào không? Không Có

Nếu có, xin cho biết chi tiết và đính kèm tất cả các giấy tờ liên quan:

	Thời điểm	Triệu chứng	Chẩn đoán và thời gian điều trị	Tên bác sĩ, bệnh viện, cơ sở y tế
★				
★★				

Ông/Bà đã từng có triệu chứng hay mắc phải bệnh nào dưới đây không? Nếu có, gạch ngay dưới tên triệu chứng hay bệnh đó và điền chi tiết vào phần "Thông tin chi tiết" ở trang sau:

6. Đau ngực, khó thở, tăng mỡ máu, âm thổi ở tim, rối loạn nhịp tim, bệnh tim bẩm sinh, cao huyết áp, thiếu máu cơ tim, nhồi máu cơ tim, suy tim, bệnh van tim, các triệu chứng hay bệnh tim mạch khác?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ho kéo dài trên 1 tháng, ho ra máu, khó thở, khàn giọng, khó phát âm, hen suyễn, viêm phổi, lao, khí phế thũng, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD), các triệu chứng hay bệnh hô hấp khác?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Vàng da, ói ra máu, đi tiêu ra máu, nuốt khó, nuốt nghẹn, gan to, lách to, viêm gan, nhiễm siêu vi viêm gan B, nhiễm siêu vi viêm gan C, xơ gan, ung thư gan, sỏi mật, bệnh lý túi mật, viêm loét dạ dày-tá tràng, viêm đại tràng, tiêu chảy kéo dài trên 1 tuần, bệnh trĩ, các triệu chứng hay bệnh tiêu hóa khác?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Động kinh, co giật, đau đầu kéo dài, hoa mắt, chóng mặt, rối loạn tiền đình, thiếu năng tuần hoàn não, ngất, suy nhược thần kinh, bại não, tai biến mạch máu não (đột quỵ), liệt, yếu chi, thiếu máu não, cơn thiếu máu não thoáng qua, Parkinson, Alzheimer, các triệu chứng hay bệnh thần kinh khác?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Tâm thần phân liệt, trầm cảm, mất nhận thức, các triệu chứng hay bệnh tâm thần khác?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Phù, đau lưng, tiểu buốt, tiểu ra máu, tiểu đạm, suy thận, thận mỡ, thận đa nang, viêm cầu thận, sạn thận, hội chứng thận hư, các triệu chứng hay bệnh khác ở thận, bàng quang, tiền liệt tuyến và cơ quan sinh dục?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Đái tháo đường (bệnh tiểu đường), bướu cổ, cường giáp, suy giáp, các triệu chứng hay bệnh nội tiết khác?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Chữ ký của Bên mua bảo hiểm

Họ tên:.....

Lưu ý: Không tẩy xóa khi điền Tờ khai sức khỏe.

E. CAM KẾT: (Vui lòng đọc kỹ trước khi ký tên)

Tôi/chúng tôi, **Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm bổ sung**, ký tên dưới đây xác nhận rằng tôi/chúng tôi đã đọc và đã được giải thích toàn bộ các câu hỏi trong Tờ khai sức khỏe này.

Tôi/chúng tôi cam kết:

- Những thông tin trong Tờ khai sức khỏe này và những thông tin khác do tôi/chúng tôi cung cấp cho Hanwha Life Việt Nam là hoàn toàn đầy đủ và đúng sự thật mà tôi/chúng tôi đã biết.
- Mọi sự thay đổi về tình trạng sức khỏe, nghề nghiệp, nơi cư trú, tham gia các hoạt động nguy hiểm và các thông tin khác trong Tờ khai sức khỏe này của Người được bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm bổ sung và/hoặc Bên mua bảo hiểm sẽ được thông báo cho Hanwha Life Việt Nam trước khi hợp đồng bảo hiểm phát hành.

Tôi/chúng tôi hiểu rằng:

- Tất cả các thông tin do tôi/chúng tôi cung cấp là cơ sở pháp lý để hai bên giao kết hợp đồng bảo hiểm. Vì thế, việc cố ý cung cấp thông tin không đầy đủ và/hoặc không trung thực sẽ làm cho hợp đồng bảo hiểm bị chấm dứt hiệu lực.
- Hanwha Life Việt Nam có quyền yêu cầu kiểm tra sức khỏe và thực hiện các xét nghiệm kể cả xét nghiệm HIV đối với Người được bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm bổ sung và/hoặc Bên mua bảo hiểm. Nội dung kiểm tra sức khỏe chỉ giới hạn trong phạm vi lời khai của tôi/chúng tôi và không thể đưa ra toàn bộ kết luận về tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm bổ sung và/hoặc Bên mua bảo hiểm. Do đó, việc khám sức khỏe này không thay thế cho nghĩa vụ kê khai đầy đủ và chính xác trong Tờ khai sức khỏe.
- Hợp đồng bảo hiểm chỉ được phát hành sau khi Hanwha Life Việt Nam chấp thuận bảo hiểm trên cơ sở Bên mua bảo hiểm hoàn tất Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và đóng đủ khoản Phí bảo hiểm đầu tiên.
- Thông qua việc hoàn tất Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, tôi/chúng tôi và Hanwha Life Việt Nam đều có nghĩa vụ phải tuân thủ các yêu cầu luật định của các cơ quan hữu quan trong và ngoài nước, như các cơ quan quản lý bảo hiểm, thuế, công an, tòa án... Do vậy, tôi/chúng tôi đồng ý cung cấp mọi thông tin khi được yêu cầu và đồng ý cho Hanwha Life Việt Nam thu thập thông tin về tôi/chúng tôi, kể cả thông tin về sức khỏe và tài chính, từ các cơ quan, tổ chức và cá nhân có liên quan. Tôi/chúng tôi cho phép Hanwha Life Việt Nam được sử dụng và cung cấp các thông tin của tôi/chúng tôi trong hoạt động kinh doanh phù hợp với quy định của pháp luật hoặc để tuân thủ yêu cầu của cơ quan có thẩm quyền.

Tôi/chúng tôi xác nhận rằng toàn bộ quá trình tư vấn bảo hiểm, lập và ký Tờ khai sức khỏe này được thực hiện tại Việt Nam và trong thời gian tôi/chúng tôi đang cư trú tại Việt Nam.

Tôi/chúng tôi, **Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm bổ sung**, ký tên dưới đây xác nhận đồng ý tham gia bảo hiểm.

Chữ ký của Bên mua bảo hiểm

**Chữ ký của Người được bảo hiểm/
Người được bảo hiểm bổ sung:**

**Chữ ký của Người được bảo hiểm
bổ sung:**

Họ tên:.....

Họ tên:.....

Họ tên:.....

Ngày:...../...../.....

(Nếu Người được bảo hiểm/Người được bảo hiểm bổ sung dưới 18 tuổi, Cha/mẹ hoặc Người giám hộ hợp pháp của Người được bảo hiểm/Người được bảo hiểm bổ sung ký thay).

CAM KẾT VÀ XÁC NHẬN CỦA TƯ VẤN TÀI CHÍNH:

Tôi cam kết rằng những thông tin trong Tờ khai sức khỏe này và hồ sơ liên quan là do Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm bổ sung cung cấp, và tôi không xúi giục hay hướng dẫn khách hàng che giấu không kê khai hay kê khai không trung thực hay không đầy đủ bất cứ thông tin nào mà có thể gây ảnh hưởng đến quyết định chấp thuận bảo hiểm của Hanwha Life Việt Nam đối với khách hàng. Tôi cũng cam kết tôi đã gặp trực tiếp Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm bổ sung để giải thích rõ ràng các câu hỏi về nghề nghiệp, tài chính và sức khỏe trong Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, đã tư vấn đúng theo Quy tắc và Điều khoản sản phẩm bảo hiểm và các quy định liên quan của Hanwha Life Việt Nam.

Đồng thời, tôi xác nhận các chữ ký trên được thực hiện trước sự chứng kiến của tôi và đó là chữ ký của Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm bổ sung trong Tờ khai sức khỏe này.

Chữ ký của Tư vấn tài chính:

Chữ ký của Người làm chứng:

(Tôi xác nhận các chữ ký trên được thực hiện trước sự chứng kiến của tôi).

Họ tên:.....

Họ tên:.....

Ngày:...../...../..... Mã số:.....

Ngày:...../...../..... Mã số (Nếu là TVTC):.....