

TỜ KHAI SỨC KHỎE



TỜ KHAI SỨC KHỎE dành cho các điều chỉnh nội dung hợp đồng sau thời gian 21 ngày cân nhắc và có yêu cầu cung cấp thông tin sức khỏe.
Nếu hợp đồng có từ 02 NDBH sản phẩm bổ sung (NDBHBS) trở lên, vui lòng lập **TỜ KHAI SỨC KHỎE** này cho từng NDBHBS thứ ba, thứ tư, ...

Hợp đồng bảo hiểm số: Số Điện thoại:
Bên mua bảo hiểm (BMBH): CMND/CCCD:

A. THÔNG TIN CÁ NHÂN	<input type="checkbox"/> NDBH chính	<input type="checkbox"/> NDBHBS 1	<input type="checkbox"/> NDBHBS 2
1. Họ và tên			
2. 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
3. Số CMND/CCCD/Hộ chiếu			
4. Ngày sinh			
5. (Các) Quốc tịch			
6. Nghề nghiệp và Công việc cụ thể	Nghề nghiệp: Công việc cụ thể:	Nghề nghiệp: Công việc cụ thể:	Nghề nghiệp: Công việc cụ thể:
7. Chức vụ			
8. Tên cơ quan làm việc			
9. Địa chỉ thường trú			
10. Nơi ở hiện tại (nếu khác thường trú)			
11. Số điện thoại			
12. Quan hệ với BMBH	<input type="checkbox"/> Bản thân <input type="checkbox"/> Cha/Mẹ <input type="checkbox"/> Vợ/Chồng <input type="checkbox"/> Con ruột <input type="checkbox"/> Khác:	<input type="checkbox"/> Bản thân <input type="checkbox"/> Cha/Mẹ <input type="checkbox"/> Vợ/Chồng <input type="checkbox"/> Con ruột <input type="checkbox"/> Khác:	<input type="checkbox"/> Bản thân <input type="checkbox"/> Cha/Mẹ <input type="checkbox"/> Vợ/Chồng <input type="checkbox"/> Con ruột <input type="checkbox"/> Khác:

B. THÔNG TIN VỀ LỐI SỐNG VÀ SỨC KHỎE	NDBH chính		NDBHBS 1		NDBHBS 2	
	Có	Không	Có	Không	Có	Không
1. Chiều cao và cân nặng	Chiều cao.....cm	.....cm	Chiều cao.....cm	.....cm	Chiều cao.....cm	.....cm
	Cân nặng.....kg	.....kg	Cân nặng.....kg	.....kg	Cân nặng.....kg	.....kg
2. Ông/Bà có hút thuốc lá trong vòng 12 tháng gần đây không? Nếu có xin vui lòng ghi rõ lượng thuốc hút trung bình mỗi ngày	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	.....điếu/ngày	.....điếu/ngày	.....điếu/ngày	.....điếu/ngày	.....điếu/ngày	.....điếu/ngày
3. Ông/Bà đã từng hoặc hiện nay có uống rượu không? Nếu có, xin vui lòng ghi rõ:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Số lần uống rượu mỗi tuần.....lần	.....lần	Số lần uống rượu mỗi tuần.....lần	.....lần	Số lần uống rượu mỗi tuần.....lần	.....lần
	Số lượng rượu uống mỗi lần.....ml	.....ml	Số lượng rượu uống mỗi lần.....ml	.....ml	Số lượng rượu uống mỗi lần.....ml	.....ml
4. Ông/Bà đã hoặc có ý định tham gia các hoạt động mạo hiểm (như đua xe, leo núi, nhảy dù, lặn ...) không? Nếu có xin vui lòng ghi rõ loại hình hoạt động mạo hiểm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ông/Bà đã từng ở nước ngoài hay dự định đi nước ngoài với tổng thời gian trên 2 tháng không? Nếu có, xin vui lòng ghi rõ tên nước/thành phố	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ông/Bà đã bao giờ bị từ chối hồ sơ yêu cầu bảo hiểm nhân thọ, tai nạn, y tế, hay bị tăng phí bảo hiểm, hay đề nghị mua những loại bảo hiểm có quyền lợi bảo hiểm bị hạn chế, hoặc đã nộp đơn yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm đối với bất kỳ một hợp đồng bảo hiểm nào tại AIA hay tại các công ty bảo hiểm nhân thọ khác chưa? Nếu có, xin vui lòng mô tả chi tiết các thông tin liên quan trong câu 14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ông/Bà đã từng mắc phải hay được khám, xét nghiệm, chẩn đoán, điều trị bất kỳ bệnh nào dưới đây không? Nếu có, xin vui lòng gạch dưới tên bệnh và mô tả chi tiết trong câu 14						
a. Bệnh mạch máu não, bệnh não, bệnh màng não, động kinh, trầm cảm, tâm thần?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Bệnh tiểu đường, bệnh tuyến giáp?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Viêm phổi, hen suyễn, bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính, lao phổi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Tăng mỡ máu, cao huyết áp, cơn đau thắt ngực, bệnh mạch vành, rối loạn nhịp tim, bệnh van tim?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Bệnh dạ dày/tá tràng, bệnh đại tràng/trực tràng hoặc bất kỳ bệnh nào khác của dạ dày, đại tràng, trực tràng?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AIA Việt Nam | Điện thoại: (028) 38122777
Email: vn.customer@aia.com | aia.com.vn



KSK01-202204_V4

f. Vàng da, tăng men gan, viêm gan siêu vi B, viêm gan siêu vi C, viêm gan do rượu, xơ gan, sỏi túi mật, sỏi đường mật?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Tiểu máu, sỏi thận, bệnh của thận, niệu quản, bàng quang và cơ quan sinh dục?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Ung thư, u, bướu, nang, pô-líp (polyp)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Thiếu máu, xuất huyết, máu không đông hoặc bất kỳ bệnh về máu nào khác?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Viêm khớp, thấp khớp, đau lưng, thoát vị đĩa đệm, bệnh cột sống, bệnh Gút, viêm phế quản, viêm xoang, bệnh của mắt, tai, mũi, họng?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Ông/Bà đã từng hay hiện tại đang có bất kỳ triệu chứng nào dưới đây không? Nếu có, xin vui lòng gạch dưới triệu chứng và mô tả chi tiết trong câu 14

a. Giảm thị lực, giảm thính lực, chảy nước tai, nuốt nghẹn, nôn (ói) ra máu, ho ra máu, khó thở, đau ngực, yếu cơ, yếu/liệt tay chân, biến dạng khớp, tiểu ra máu, đi tiểu ra máu, phù, vàng da, vàng mắt, u, bướu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Sốt, loét da, đau lưng, đau khớp, khàn tiếng, ho kéo dài trên 7 ngày?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ông/Bà hay vợ/chồng của ông/bà đã bao giờ được chẩn đoán, điều trị hoặc được tư vấn về bệnh lây truyền qua đường tình dục, nhiễm HIV, AIDS hay các bệnh liên quan đến AIDS không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Trong 5 năm vừa rồi, ông/bà đã bao giờ phải nằm viện, được phẫu thuật, hoặc được làm các xét nghiệm máu, nước tiểu, chụp X-quang, chụp cắt lớp, chụp cộng hưởng từ, điện tâm đồ, siêu âm, sinh thiết hoặc làm bất kỳ xét nghiệm nào khác không thuộc chương trình kiểm tra sức khỏe định kỳ không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Có ai trong gia đình ông/bà (cha/mẹ/anh/chị/em ruột) bị chết hay mắc các bệnh ung thư, tiểu đường, bệnh tim, đột quy, thận đa nang hoặc bệnh di truyền trước 60 tuổi không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ông/Bà đã từng hoặc hiện nay có sử dụng thuốc/chất gây nghiện, ma túy hay được điều trị nghiện rượu không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. (Câu hỏi dành riêng cho nữ) Bà có được khám, xét nghiệm, chẩn đoán, điều trị bệnh của tuyến vú, cổ tử cung, tử cung, phần phụ hay rối loạn kinh nguyệt không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Nếu Ông/Bà đã trả lời "Có" cho bất kỳ câu hỏi nào trong các câu 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 và 13 ở trên, xin vui lòng ghi số của câu được trả lời có và mô tả chi tiết thông tin vào ô dưới đây:

Người được bảo hiểm chính

Người được bảo hiểm bổ sung 1

Người được bảo hiểm bổ sung 2

ĐIỀU QUAN TRỌNG QUÝ KHÁCH CẦN LƯU Ý:

- Theo quy định của pháp luật, BMBH có trách nhiệm phải cung cấp thông tin một cách đầy đủ và chính xác. Vì các thông tin này sẽ được sử dụng để quyết định chấp thuận bảo hiểm, nên việc kê khai không đầy đủ hoặc không chính xác có thể dẫn đến tình trạng hợp đồng bảo hiểm bị chấm dứt hoặc quyền lợi bảo hiểm không được chi trả.
- Vào mọi thời điểm, nếu BMBH phát hiện có thông tin bị bỏ sót hoặc được cung cấp không chính xác, vui lòng gửi thông tin cần điều chỉnh hoặc TỜ KHAI SỨC KHỎE này về AIA Việt Nam.

Tôi/ chúng tôi, Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm theo đây đồng ý và xác nhận:

- Toàn bộ thông tin nêu trên là đúng sự thật, đã được tôi/chúng tôi cung cấp đầy đủ, chính xác và toàn vẹn.
- Xác nhận thông tin liên quan đến luật thuế thu nhập của Liên bang Hoa Kỳ: Bằng việc ký tên dưới đây, tôi/chúng tôi khẳng định rằng tôi/chúng tôi không phải là người Hoa Kỳ có liên quan đến luật thuế thu nhập của Liên bang Hoa Kỳ và tôi/chúng tôi không đại diện cho bất kỳ người Hoa Kỳ nào. Tôi/Chúng tôi hiểu rằng, trên cơ sở tin rằng khẳng định của tôi/chúng tôi là đúng sự thật, Công ty sẽ dựa vào khẳng định này để có những hành động phù hợp. Trong trường hợp khẳng định của tôi/chúng tôi không đúng sự thật, hợp đồng bảo hiểm sẽ bị coi là vô hiệu và Công ty sẽ hoàn trả cho tôi/chúng tôi các khoản tiền phí bảo hiểm đã đóng sau khi trừ các khoản chi phí hợp lý, các khoản nợ, các khoản tiền rút từ Giá trị tài khoản và tất cả quyền lợi bảo hiểm đã chi trả (nếu có).
- Trong trường hợp có bất kỳ BMBH/NĐBH/NTH nào của BMBH là người Hoa Kỳ có liên quan đến luật thuế thu nhập của Liên bang Hoa Kỳ, vui lòng bỏ qua phần xác nhận nêu trên, đồng thời đánh dấu (x) vào ô kế bên và nộp kèm tờ khai W9 của từng cá nhân BMBH/NĐBH/NTH tương ứng.

Để bảo vệ quyền lợi của mình, Quý khách vui lòng kiểm tra và đảm bảo là thông tin đã được điền đầy đủ và chính xác trước khi ký.

BÊN MUA BẢO HIỂM (Ký và ghi rõ Họ tên)	NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM CHÍNH (Ký và ghi rõ Họ tên)
Ngày/...../..... Họ tên:	Ngày/...../..... Họ tên:

NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM BỔ SUNG 1 (Ký và ghi rõ Họ tên)	NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM BỔ SUNG 2 (Ký và ghi rõ Họ tên)	NHÂN VIÊN DỊCH VỤ KHÁCH HÀNG (Ký và ghi rõ Họ tên)
Ngày/...../..... Họ tên:	Ngày...../...../..... Họ tên:	Ngày...../...../..... Tên Văn phòng:

