|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TỜ KHAI SỨC KHỎE A logo with text overlay  Description automatically generated** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Bên mua bảo hiểm (BMBH): ………….………………………………….……..** | | | | | **Người được bảo hiểm (NĐBH) chính: …………....……..…………..….……..** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **A. THÔNG TIN CÁ NHÂN** | | **NĐBH chính** | | | | | | **BMBH/NĐBHBS** | | | | | | | | |
| 1. Họ và tên | |  | | | | | |  | | | | | | | | |
| 2. Giới tính | | Nam  Nữ | | | | | | Nam  Nữ | | | | | | | | |
| 3. Số CMND/Hộ chiếu | |  | | | | | |  | | | | | | | | |
| 4. Ngày và nơi sinh | | Ngày sinh: Nơi sinh: | | | | | | Ngày sinh: Nơi sinh: | | | | | | | | |
| 5. Tình trạng hôn nhân | | Độc thân  Có gia đình  Góa chồng/vợ  Ly dị | | | | | | Độc thân  Có gia đình  Góa chồng/vợ  Ly dị | | | | | | | | |
| 6. (Các) Quốc tịch | |  | | | | | |  | | | | | | | | |
| 7. Nghề nghiệp và Công việc cụ thể | | Nghề nghiệp: Chức vụ: Công việc cụ thể: | | | | | | Nghề nghiệp: Chức vụ: Công việc cụ thể: | | | | | | | | |
| 8. Địa chỉ liên lạc và  Địa chỉ thường trú (nếu khác địa chỉ liên lạc) | |  | | | | | |  | | | | | | | | |
| 9. Quan hệ với BMBH | | Bản thân  Cha/Mẹ  Vợ/Chồng  Con ruột  Khác: …………………………… | | | | | | Bản thân  Cha/Mẹ  Vợ/Chồng  Con ruột  Khác: …………………………… | | | | | | | | |
| **B. THÔNG TIN KHÁC** *(Vui lòng mô tả chi tiết các thông tin liên quan vào câu 11 cho bất cứ câu hỏi nào được trả lời là “có”)* | | | | | | | | | | | **NĐBH chính** | | | **BMBH/NĐBHBS** | | |
| **Có** | **Không** | | **Có** | **Không** | |
| 1.Ông/Bà có đang phục vụ trong lực lượng vũ trang, hay đang tham gia hoặc đang cân nhắc để tham gia các họat động thể thao hay sự kiện nguy hiểm (ví dụ như đua xe máy, leo núi hoặc lặn với bình khí) hay bay trên các phương tiện bay mà không phải với tư cách là hành khách có trả tiền vé với các lịch bay thường xuyên, hay có đi ra nước ngoài mà không phải vì mục đích du lịch hay đi nghỉ không? | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  | |
| 2.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 VHI HEALTH INSURANCE hay tại các công ty bảo hiểm nhân thọ khác chưa? | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  | |
| 3. Xin vui lòng liệt kê những hợp đồng bảo hiểm của NĐBH chính và những NĐBHBS tại VHI Health Insurance hay tại các công ty bảo hiểm nhân thọ khác. | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Tên NĐBH | | Quan hệ nhân thân | Tên Công ty bảo hiểm (BH) | | Tên sản phẩm BH | | | Số tiền BH | | | | Ngày có hiệu lực | | |  |
|  | |  |  | |  | | |  | | | |  | | |
|  | |  |  | |  | | |  | | | |  | | |
|  | |  |  | |  | | |  | | | |  | | |
|  | |  |  | |  | | |  | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **C. CÁC CÂU HỎI VỀ SỨC KHỎE VÀ TIỀN SỬ BỆNH**  *(Vui lòng mô tả chi tiết các thông tin liên quan vào câu 11 cho bất cứ câu hỏi nào được trả lời là “có”)* | | | | | | | | | | **NĐBH chính** | | | | **BMBH/NĐBHBS** | | |
|  | **Có** | **Không** | | **Có** | **Không** | |
| 1. Ông/Bà có hút thuốc hay sử dụng các sản phẩm từ thuốc lá trong 12 tháng qua không?. Nếu có, vui lòng ghi rõ loại và số lượng hút/sử dụng mỗi ngày. Nếu Ông/Bà đã bỏ thuốc lá, xin vui lòng nêu rõ năm nào và lý do. | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  | |
| 2. Chiều cao và cân nặng | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | .................cm | | | .................cm | | |
|  | 2a. Chiều cao và cân nặng hiện tại | | |  |  |  |  |  |  |  | ...................kg | | | ...................kg | | |
| 2b. Ông/Bà có thay đổi cân nặng (ít nhất 3kg) trong 12 tháng qua không?. Nếu có, vui lòng ghi rõ số kg đã thay đổi (tăng hay giảm) và nguyên nhân. | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  | |
| 3. Ông/Bà có uống rượu/bia không?. Nếu có, xin vui lòng ghi rõ loại rượu/bia và số lượng trung bình uống mỗi ngày. | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  | |
| 4. Tên, địa chỉ bác sỹ, bệnh viện lần cuối cùng mà Ông/Bà đã tới khám. | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **NĐBH chính** | | | | | | **BMBH/NĐBHBS** | | | | | | | | |  |
|  | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Ông/Bà đã từng có bất cứ một dấu hiệu hoặc bệnh nào dưới đây không? Nếu có, vui lòng gạch dưới tên bệnh/dấu hiệu đó và mô tả chi tiết trong câu 11 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5a. động kinh, co giật, đột quỵ, tai biến mạch máu não, viêm não, viêm màng não, liệt, yếu chi, đau đầu kéo dài hay tái phát, hoa mắt, chóng mặt, đau ngực, hồi hộp, ngất, suy nhược thần kinh, trầm cảm hay bất cứ rối loạn  tâm thần / thần kinh nào khác? | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  | |
| 5b. đái tháo đường, bệnh gút (thống phong), bướu cổ hay các bệnh nội tiết khác? | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  | |
| 5c. chảy nước tai, chảy máu mũi, nhìn đôi, giảm thị lực, phát âm hay các tổn thương ở tai, mắt, mũi, họng? | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  | |
| 5d. có các tổn thương nào ở phổi, ngực, đường hô hấp bao gồm: hen suyễn, ho kéo dài, ho khạc ra máu, viêm phổi, lao? | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  | |



|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 5e. tăng mỡ máu, cao huyết áp, cơn đau tim, tiếng thổi tim, tổn thương van tim, khó thở, nhịp tim không đều, đau ngực, thiếu máu cơ tim, thiểu năng vành, những bệnh hay bất cứ rối loạn nào của tim, mạch máu? | | | | |  |  |  |  | |
| 5f. viêm dạ dày, loét dạ dày, tá tràng, đi ngoài phân có máu, nôn ra máu, rò, trĩ hay các rối loạn về tiêu hóa khác? | | | | |  |  |  |  | |
| 5g. vàng da, vàng mắt, viêm gan/nhiễm siêu vi B, viêm gan/nhiễm siêu vi C, hay bất cứ dạng viêm gan nào, hay bệnh về gan, túi mật, sỏi túi mật, sỏi đường mật? | | | | |  |  |  |  | |
| 5h. sỏi hệ niệu, tiểu ra máu, đạm/đường trong nước tiểu, nhiễm trùng hay các tổn thương về thận, bàng quang, cơ quan sinh dục? | | | | |  |  |  |  | |
| 5i. ung thư, bướu, nang hay bất cứ khối u nào? | | | | |  |  |  |  | |
| 5j. thiếu máu, hay bất cứ bệnh lý về máu nào khác, được khuyên không nên cho máu hay được truyền máu hay các sản phẩm về máu do có bệnh ưa chảy máu hay do bất cứ lý do nào khác? | | | | |  |  |  |  | |
| 5k. phong thấp, thấp khớp hay các tổn thương kéo dài đối với khớp, chi, xương, bao gồm cả việc mất hay không còn khả năng sử dụng, hạn chế sử dụng các cơ hay phần mềm? | | | | |  |  |  |  | |
| 5l. bệnh khác, dị tật bẩm sinh hay mắc phải, bệnh di truyền, chấn thương, phẫu thuật hay bất thường nào hay các triệu chứng kéo dài trên 7 ngày mà chưa được nêu trong các câu hỏi trên không? | | | | |  |  |  |  | |
| 6. Ông/Bà hay (vợ/chồng ông/bà) đã bao giờ được điều trị hoặc được tư vấn về các vấn đề liên quan đến bệnh lây truyền qua đường tình dục, AIDS, các bệnh liên quan đến AIDS hoặc trong 3 tháng gần đây ông/bà có những triệu  chứng sau kéo dài liên tục trên 1 tuần như mệt mỏi, sút cân, tiêu chảy, sưng hạch hay các tổn thương da không? | | | | |  |  |  |  | |
| 7. Trong 5 năm vừa rồi, ông/bà đã bao giờ nằm viện điều trị hay đi khám hay dự định đi khám bệnh tại bệnh viện, phòng mạch hay bác sỹ để chẩn đoán hay làm các xét nghiệm như chụp/chiếu điện, siêu âm, chụp cắt lớp, sinh  thiết, điện tâm đồ, xét nghiệm về máu, nước tiểu, hay bất kỳ xét nghiệm nào khác không? | | | | |  |  |  |  | |
| 8. Có ai trong gia đình ông/bà (cha/mẹ, anh/chị/em ruột) mắc bệnh hay tử vong do bệnh ung thư, tim, đột quỵ, tai biến mạch máu não, tăng huyết áp, tiểu đường, bệnh thận, bệnh tâm thần, trầm cảm, lao, thận đa nang, hay các bệnh di truyền trước tuổi 65 không? Nếu “có”, xin vui lòng điền chi tiết tuổi bắt đầu bị bệnh, quan hệ với người  mắc bệnh, nguyên nhân tử vong. | | | | |  |  |  |  | |
| 9. Ông/Bà đã bao giờ sử dụng thuốc gây nghiện (bao gồm nhưng không giới hạn các sản phẩm từ thuốc phiện, thuốc an thần, cần sa, amphetamin, chất gây ảo giác hay cocain) hoặc đã được điều trị hoặc được tư vấn liên  quan đến việc sử dụng đồ uống có cồn hay ma túy chưa? | | | | |  |  |  |  | |
| 10. **Dành riêng cho nữ.** | |  |  |  |  |  |  |  | |
|  | 10a. Bà hiện đang có thai không? |  |  |  |  |  |  |  | |
|  | Nếu có, xin vui lòng nêu rõ đã mang thai được bao nhiêu tháng ở ô bên cạnh? | |  |  | ..............tháng | | ..............tháng | | |
| 10b. Bà thấy có biểu hiện bất thường gì của tuyến vú, hay các cơ quan sinh dục khác kể cả các bất thường của tế bào cổ tử cung, hay rối loạn kinh nguyệt không? | | | | |  |  |  |  | |
| 11. Nếu Ông/Bà đã trả lời bất cứ câu hỏi nào trong phần B, C là “có”, xin vui lòng mô tả chi tiết các thông tin liên quan vào ô trống dưới đây. | | | | | | | | | |
|  | **NĐBH chính** | | **BMBH/NĐBHBS** | | | | | |  |
|  | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **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 và chính xác. | | | | | | | | | |