

Ngày kê khai:		Số HĐBH yêu cầu khôi phục/ thay đổi điều kiện:			
Kèm theo đề nghị:		<input type="checkbox"/> Khôi phục hiệu lực hợp đồng		<input type="checkbox"/> Thay đổi điều kiện hợp đồng	
Họ tên Bên mua bảo hiểm:		Chiều cao:	cm	Cân nặng:	kg
Họ tên Người được bảo hiểm:		Chiều cao:	cm	Cân nặng:	kg

THÔNG TIN VỀ TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE

Stt	Đề nghị Quý khách đọc kỹ và trả lời trung thực, đầy đủ các câu hỏi dưới đây	Người được BH		Bên mua BH	
		Có	Không	Có	Không
1.	Trong vòng 01 năm trở lại đây, Bạn có khám bệnh, kiểm tra sức khoẻ (bất thường, định kỳ...) không ? (Nếu Có, xin tóm tắt những kết quả bất thường và đính kèm bản photo kết quả khám bệnh) ----- ----- -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Trong vòng 02 năm trở lại đây, Bạn có bị chấn thương, tai nạn, thương tật không? (Nếu Có, xin cho biết: nguyên nhân, tình trạng hiện tại và bản photo các giấy tờ có liên quan)----- ----- -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Trong vòng 02 năm trở lại đây, Bạn có phải nằm viện điều trị không? (Nếu Có, xin cho biết nguyên nhân và đính kèm bản photo các giấy tờ y tế liên quan đến quá trình điều trị)----- ----- -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Trong vòng 02 năm trở lại đây, Bạn có phải nghỉ việc, nghỉ học quá 03 ngày liên tục để điều trị bệnh không? (Nếu Có, xin cho biết nguyên nhân và đính kèm bản photo các giấy tờ y tế liên quan đến quá trình điều trị)----- ----- -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Bạn có đang dùng thuốc điều trị gì không? (Nếu Có, xin cho biết tên bệnh và tên thuốc, đơn thuốc đính kèm)----- ----- -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Bạn có đang bị khối u, ung thư, đột quy, liệt, cao huyết áp, lao, viêm gan, tiểu đường không ? (Nếu Có, xin cho biết chi tiết và đính kèm bản photo các giấy tờ y tế liên quan đến các bệnh lý bị mắc)----- ----- -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stt	Đề nghị Quý khách đọc kỹ và trả lời trung thực, đầy đủ các câu hỏi dưới đây	Người được BH		Bên mua BH	
		Có	Không	Có	Không
7.	Bạn có đang mắc bệnh lý nào phải chỉ định phẫu thuật hoặc có khả năng phải phẫu thuật (điều trị ngoại khoa) trong thời gian tới không? (Nếu có, xin cho biết chi tiết và đính kèm bản photo các giấy tờ y tế liên quan đến các bệnh lý bị mắc)----- ----- -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Bạn đã từng hoặc đang sử dụng bất kỳ loại chất ma túy hay thuốc gây nghiện nào không? Bạn đã từng cai nghiện ma túy hoặc đã từng sử dụng các biện pháp cai nghiện ma túy chưa? (Nếu Có , xin cho biết chi tiết và đính kèm bản photo các giấy tờ y tế liên quan đến quá trình điều trị)----- ----- -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Bạn đã từng bị xét nghiệm HIV dương tính hoặc Bạn đã từng hay đang điều trị bệnh AIDS không? (Nếu Có , xin cho biết chi tiết và đính kèm bản photo các giấy tờ y tế liên quan đến quá trình điều trị)- ----- -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Hỏi thêm đối với phụ nữ: Hiện Bạn đang có thai không? (Nếu có, xin cho biết thai đã được bao nhiêu tuần? Đây là lần mang thai thứ mấy? Các lần mang thai trước đây có bất thường gì không? ----- ----- -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CAM KẾT VÀ ỦY QUYỀN (xin vui lòng đọc thật kỹ trước khi ký tên):

- Chúng tôi (*Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm/Người đại diện theo pháp luật của Người được bảo hiểm*) đồng ý về việc yêu cầu thay đổi điều kiện/ khôi phục Hợp đồng bảo hiểm nêu trên và cam kết những nội dung kê khai tại Tờ khai sức khỏe này cũng như bất cứ thông tin nào khác mà Chúng tôi cung cấp cho Bảo Việt Nhân thọ và/hoặc cho Bác sỹ do Bảo Việt Nhân thọ chỉ định là đầy đủ và đúng sự thật. Chúng tôi không che giấu bất kỳ thông tin nào có thể ảnh hưởng đến việc chấp nhận yêu cầu thay đổi điều kiện/ khôi phục hiệu lực Hợp đồng và thực hiện Hợp đồng của Bảo Việt Nhân thọ.
- Chúng tôi hiểu và đồng ý rằng, việc thăm định sức khỏe của Bảo Việt Nhân thọ (nếu có) chỉ giới hạn trong phạm vi lời khai của Chúng tôi và không thể đưa ra toàn bộ kết luận về tình trạng sức khỏe của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm. Vì vậy, việc kê khai hoặc cung cấp thông tin không đầy đủ, không trung thực hoặc không chính xác của Chúng tôi có thể làm mất hiệu lực của việc thay đổi điều kiện/ khôi phục hợp đồng.
- Chúng tôi đồng ý để các bác sỹ, tổ chức y tế và các tổ chức, cá nhân khác cung cấp cho Bảo Việt Nhân
- thọ và/hoặc Bên thứ ba theo sự đồng ý hoặc ủy quyền của Bảo Việt Nhân thọ tất cả thông tin về việc khám, điều trị bệnh, thương tật, tai nạn, HIV/AIDS và các thông tin khác liên quan đến Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm của Hợp đồng chính và Sản phẩm bổ trợ. Chúng tôi đồng ý rằng Bảo Việt Nhân thọ được cung cấp các thông tin này cho các Công ty bảo hiểm, tái bảo hiểm và/hoặc các bên có liên quan khác. Nội dung cam kết này được coi là sự đồng ý bằng văn bản của Chúng tôi và có giá trị trong mọi trường hợp ngay cả khi Người được bảo hiểm và/hoặc Bên mua bảo hiểm tử vong hay bị mất, hạn chế năng lực hành vi dân sự.
- Chúng tôi hiểu và đồng ý rằng việc yêu cầu thay đổi điều kiện/ khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm nêu trên chỉ có hiệu lực khi được Bảo Việt Nhân thọ chấp thuận bằng văn bản và đã thu phí bảo hiểm bổ sung (nếu có).

Chúng tôi ký tên dưới đây cam kết rằng đã đọc, hiểu rõ và chấp nhận toàn bộ những nội dung đề cập ở trên.

Người được bảo hiểm/Người đại diện theo pháp luật của Người được bảo hiểm (nếu NDBH dưới 18 tuổi)

....., ngày tháng năm	
Chữ ký 1	Chữ ký 2
Họ và tên	

Bên mua bảo hiểm

....., ngày tháng năm	
Chữ ký 1	Chữ ký 2
Họ và tên	

THÔNG TIN VỀ NGƯỜI ĐẠI DIỆN THEO PHÁP LUẬT CỦA NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

Họ và tên :..... Ngày sinh:/...../.....
CMND số: Ngày cấp..... Nơi cấp..... Quan hệ với Người được bảo hiểm:.....
Địa chỉ thường trú:

*** XÁC NHẬN CỦA NGƯỜI LÀM CHỨNG**

Họ và tên:.....
CMND/ Mã số TVV (nếu người làm chứng là TVV):
Địa chỉ:
Điện thoại:

Chữ ký và ghi rõ họ tên
của Người làm chứng

Tôi xác nhận những chữ ký trên là do Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm/Người đại diện theo pháp luật của Người được bảo hiểm ký trước sự chứng kiến của tôi.

TỔNG CÔNG TY BẢO VIỆT NHÂN THỌ

Trụ sở chính: Tầng 37, Keangnam Hà Nội Landmark Tower, Đường Phạm Hùng, Quận Nam Từ Liêm, Hà Nội

Điện thoại: (+84 24) 6251 7777

Fax: (+84 24) 3577 0958

Email:baovietnhantho@baoviet.com.vn

www.baovietnhantho.com.vn