



## TỜ KHAI SỨC KHỎE

Ngày kê khai:		S H BH yêu c u khôi ph c/ thay i i u ki n:	
Kèm theo ngh :		<input type="checkbox"/> Khôi ph chi ul ch p ng	<input type="checkbox"/> Thay i i u ki nh p ng
H tên Bên mua b o hi m:	Chi u cao:	cm	Cân n ng: kg
H tên Ng i c b o hi m:	Chi u cao:	cm	Cân n ng: 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 n m tr l i ây, B n có khám b nh, ki m tra s c kho (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 n m tr l i ây, B n có b ch n th ng, tai n n, th ng t t 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 n m tr l i ây, B n có ph i n m vi n i u tr 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 n m tr l i ây, B n có ph i ngh vi c, ngh h c quá 03 ngày liên t c i u tr b nh không? (N u Có, xin cho bi t nguyên nhân và ính kèm b n photo các gi y t y t liên quan n quá trình i u tr )----- ----- -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	B n có ang dùng thu c i u tr gì không? (N u Có, xin cho bi t tên b nh và tên thu c, n thu c ính kèm)----- ----- -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	B n có ang b kh i u, ung th , t qu , li t, cao huy t áp, lao, viêm gan, tí u ng không? (N u Có, xin cho bi t chi ti t và ính kèm b n photo các gi y t y t liên quan n các b nh lý b m c)----- ----- -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tờ khai sức khỏe là một bộ phận của Hợp đồng bảo hiểm nếu Bảo Việt Nhân thọ chấp thuận thay đổi điều kiện / khôi phục Hợp đồng bảo hiểm nêu trên

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.	B n có ang m c b nh lý nào ph i ch nh ph u thu t ho c có kh n ng ph i ph u thu t ( i u tr ngo i khoa) trong th i gian t i không? (N u có, xin cho bi t chi ti t và ính kèm b n photo các gi y t y t liên quan n các b nh lý b m c)----- ----- -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	B n ã t ng ho c ang s d ng b t k lo i ch t ma túy hay thu c gây nghi n nào không? B n ã t ng cai nghi n ma túy ho c ã t ng s d ng các bi n pháp cai nghi n ma túy ch a? (N u Có, xin cho bi t chi ti t và ính kèm b n photo các gi y t y t liên quan n quá trình i u tr )----- ----- -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	B n ã t ng b xét nghi m HIV d ng tính ho c B n ã t ng hay ang i u tr b nh AIDS không? (N u Có, xin cho bi t chi ti t và ính kèm b n photo các gi y t y t liên quan n quá trình i u tr )----- ----- -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	<b>Hỏi thêm đối với phụ nữ:</b> Hi n B n ang có thai không? (N u có, xin cho bi t thai ã c bao nhiêu tu n? ây là l n mang thai th m y? Các l n mang thai tr c ây có b t th ng gì không? ----- ----- -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**CAM KẾT VÀ UỶ QUYỀN** (xin vui lòng đọc thật kỹ tr-ớc khi ký tên):

- Chúng tôi (Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm/Người đại diện theo pháp luật của Người được bảo hiểm) ng ý v vì c yêu c u thay i i u ki n/ khôi ph c hi u l c H p ng b o hi m nêu trên và cam k t nh ng n i dung kê khai t i T khai s c kh e này c ng nh b t c thông tin nào khác mà Chúng tôi cung c p cho B o Vi t Nhân th và/ho c cho Bác s do B o Vi t Nhân th ch nh là y và ứng s th t. Chúng tôi không che gi u b t k thông tin nào có th nh h ng n vì c ch p nh n yêu c u thay i i u ki n/ khôi ph c hi u l c H p ng và th c hi n H p ng c a B o Vi t Nhân th .
- Chúng tôi hi u và ng ý r ng, vì c th m nh s c kh e c a B o Vi t Nhân th (n u có) ch gi i h n trong ph m vi l i khai c a Chúng tôi và không th a ra toàn b k t lu n v tình tr ng s c kh e c a Bên mua b o hi m/ Ng i c b o hi m c a H p ng chính và S n ph m b tr . Chúng tôi ng ý r ng B o Vi t Nhân th c cung c p các thông tin này cho các Công ty b o hi m, tái b o hi m và/ho c các bên có liên quan khác. N i dung cam k t này c coi là s ng ý b ng v n b n c a Chúng tôi và có giá tr trong m i tr ng h p ngay c khi Ng i c b o hi m và/ho c Bên mua b o hi m t vong hay b m t, h n ch n ng l c hành vi dân s .
- Chúng tôi ng ý các bác s , t ch c y t và các t ch c, cá nhân khác cung c p cho B o Vi t Nhân th và/ho c Bên th ba theo s ng ý ho c y quy n c a B o Vi t Nhân th t t c thông tin v vì c khám, i u tr b nh, th ng t t, tai n n, HIV/AIDS và các thông tin khác liên quan n Bên mua b o hi m/ Ng i c b o hi m c a H p ng chính và S n ph m b tr . Chúng tôi ng ý r ng B o Vi t Nhân th c cung c p các thông tin này cho các Công ty b o hi m, tái b o hi m và/ho c các bên có liên quan khác. N i dung cam k t này c coi là s ng ý b ng v n b n c a Chúng tôi và có giá tr trong m i tr ng h p ngay c khi Ng i c b o hi m và/ho c Bên mua b o hi m t vong hay b m t, h n ch n ng l c hành vi dân s .
- Chúng tôi hi u và ng ý r ng vì c yêu c u thay i i u ki n/ khôi ph c hi u l c H p ng b o hi m nêu trên ch có hi u l c khi c B o Vi t Nhân th ch p thu n b ng v n b n và ã thu phí b o hi m b sung (n u 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 NĐBH dưới 18 tuổi)

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

Bên mua bảo hiểm

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

**THÔNG TIN VỀ NG ỜI ĐẠI DIỆN THEO PHÁP LUẬT CỦA NG ỜI Đ ỢC BẢO HIỂM**

Họ và tên :..... Ngày sinh: ...../...../.....  
CMND số: .....Ngày cấp.....Nơi cấp..... Quan hệ với Ng-ời đ-ợc bảo hiểm:.....  
Địa chỉ th-ờng trú: .....

**\* XÁC NHẬN CỦA NG ỜI LÀM CHỨNG**

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

Chữ ký và ghi rõ họ tên của Ng-ời làm chứng

*Tôi xác nhận những chữ ký trên là do Bên mua bảo hiểm và Ng ời đ ợc bảo  
hiểm/Người đại diện theo pháp luật của Người được bảo hiểm ký tr ớc sự chứng  
kiến của tôi.*

<b>TỔNG CÔNG TY BẢO VIỆT NHÂN THỌ</b>	<b>Điện thoại:</b> (844) 62517777-35770946-35770949	<b>Email:</b> baovietnhantho@baoviet.com.vn
<b>Trụ sở chính:</b>	<b>Fax:</b> (844) 35770958 – 35770959	<b>www.baovietnhantho.com.vn</b>
Tầng 6, Tòa nhà Ocean Park, Số 1 Đào Duy Anh, Hà Nội, Việt Nam		