

Ngày :

Số hợp đồng/Số hồ sơ YCBH: Chi nhánh/ PGD:

Bên mua bảo hiểm: Số CMND/Hộ chiếu/Căn cước:

1. Câu hỏi dành cho Người được bảo hiểm từ 18 tuổi trở lên:

Họ và tên Người được bảo hiểm: Ngày sinh:

Số CMND/Hộ chiếu/Căn cước: Giới tính: Nam Nữ

STT	Câu hỏi	Trả lời	
		Không	Có
	Chiều cao cm Cân nặng: kg		
1	<p>a. Bố mẹ, anh chị em ruột của bạn có ai đã từng bị mắc các bệnh về máu, bệnh gan (bao gồm cả nhiễm vi-rút viêm gan B, C), bệnh tim, thận, đột quy, tiểu đường, tăng huyết áp, ung thư, HIV/AIDS, hoặc mắc bệnh di truyền, đột biến gen ví dụ như các bệnh: Hemophilia, Thalassemia, hội chứng Down, bệnh loạn dưỡng cơ, hội chứng Tớc-nơ, Clai-phen-tơ, Jacobs...?</p> <p>b. Bạn có bị dị dạng, thương tật, dị tật bẩm sinh nào không?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<p>Bạn đã/ đang mắc phải bệnh nào trong các bệnh sau không? <u>Nếu CÓ, xin gạch chân bệnh mắc phải.</u></p> <p>Bệnh tiểu đường, rối loạn dung nạp đường huyết, huyết áp cao hoặc huyết áp thấp, bệnh tim (bao gồm cả tiếng tim bất thường và đau ngực), đột quy, chấn thương sọ não, bệnh mạch máu não, bệnh thần kinh, tâm thần, bệnh phổi mạn tính, bệnh máu, bệnh đường tiêu hóa, bệnh gan-lách-tụy (bao gồm cả nhiễm siêu vi viêm gan B, C); bệnh thận tiết niệu, bệnh hệ thống nội tiết, bệnh tự miễn, bệnh cơ xương khớp, viêm khớp dạng thấp, ung thư/ khối u, bệnh lao, bệnh da liễu, hoa liễu (giang mai, lậu) nhiễm HIV/AIDS hoặc các bệnh liên quan đến HIV/AIDS bao gồm bệnh Lao, thương hàn, viêm gan vi-rút B, C, vi-rút hợp bào CMV, vi-rút Herpes Simplex, vi-rút U nhú HPV, bệnh não trắng đa ổ tiến triển PML, bệnh nấm Candida, viêm màng não do Cryptococcus, bệnh Toxoplasmosis, Cryptosporidiosis, bệnh viêm phổi do Pneumocystis, sarcom Kaposi, U lympho Non-Hodgkin?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<p>Trong vòng 12 tháng gần đây, bạn có thấy các dấu hiệu triệu chứng sau đây không? <u>Nếu CÓ, xin gạch chân dấu hiệu mắc phải:</u> Giảm 5kg trong vòng 3 tháng, vàng da vàng mắt, ngứa, đau đầu kèm ói mửa, nhìn mờ, ù tai nghe kém, nuốt khó, nuốt nghẹn, nôn ra máu, đi ngoài phân đen, tiêu chảy kéo dài trên 1 tuần, tiểu ra máu, khó thở, ho ra máu, ho kéo dài trên 2 tháng, sốt kéo dài trên 2 tuần chưa rõ nguyên nhân, nổi u bướu-hạch; chảy máu không cầm, vết thương khó lành?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<p>Trong vòng 5 năm qua:</p> <p>a. Bạn có phải khám và điều trị nội trú hoặc ngoại trú tại bệnh viện hoặc bác sỹ hay trung tâm y khoa nào không? Nếu CÓ, xin cho biết : Ở đâu? Lúc nào? Lý do? Phẫu thuật? Dùng thuốc gì?</p> <p>b. Bạn đã từng được thực hiện xét nghiệm nào mà kết quả bất thường không? (siêu âm, điện tim, thử máu, thử nước tiểu, chụp X quang, chụp cắt lớp CT, nội soi, sinh thiết và các xét nghiệm y khoa khác dùng để chẩn đoán, điều trị bệnh của bạn).</p> <p><i>Xin ghi rõ loại xét nghiệm đã làm, kết quả, lý do và thời điểm thực hiện xét nghiệm</i></p> <p>c. Hiện tại, bạn có đang có bệnh nào mà chưa khai trong bản câu hỏi này không? Nếu CÓ, xin cho biết tên bệnh và loại thuốc đang dùng</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<p>a. Bạn có thói quen sử dụng rượu trên 150ml/ ngày không? Nếu CÓ, xin khai rõ loại rượu, số lượng rượu uống trong một ngày, uống trong vòng bao nhiêu năm?</p> <p>b. Bạn có hút thuốc trên 20 điếu/ ngày không? Nếu CÓ, bao nhiêu điếu một ngày? Hút trong vòng bao nhiêu năm?</p> <p>c. Bạn có bao giờ được điều trị bệnh nghiện rượu không?</p> <p>d. Bạn đã bao giờ tham gia hoặc có ý định tham gia các hoạt động, thể thao nguy hiểm như nhảy dù, đua xe, lặn, leo núi, trượt tuyết, tàu lượn, trượt pa-tanh bốn bánh, nhảy từ vách đá xuống nước, cà kheo tự do, đi trên dây, quả cầu Zorbing?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<p>Bạn đã bao giờ mua bảo hiểm nhân thọ mà bị từ chối, tạm hoãn, tăng phí vì lý do sức khỏe, nghề nghiệp hay bất kỳ lý do nào khác chưa?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<p><u>Câu hỏi dành cho Nữ:</u></p> <p>a. Có bao giờ bạn phát hiện hoặc chẩn đoán khối u/ nang tuyến vú, ung thư vú, viêm xơ tuyến vú không?</p> <p>b. Bạn đã/ đang đi khám hoặc điều trị vì rối loạn kinh nguyệt, viêm đường sinh dục, u nang buồng trứng, u xơ tử cung, polyp cổ tử cung, xuất huyết bất thường ở âm đạo, ung thư tử cung/ cổ tử cung/ buồng trứng không?</p> <p>c. Bạn có làm xét nghiệm tế bào cổ tử cung (PAP smear), nhũ ảnh, siêu âm vú/ phụ khoa lần nào</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

chưa? Xin cho biết kết quả? d. Hiện tại bạn đang có thai không ? Nếu CÓ xin cho biết: Thaitháng Ngày kinh cuối:/...../..... Ngày dự sinh:/...../.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Đối với câu trả lời CÓ, vui lòng cho biết chi tiết và cung cấp hồ sơ y tế liên quan (nếu có):		
.....		
.....		

2. Câu hỏi dành cho Người được bảo hiểm dưới 18 tuổi:

Họ và tên Người được bảo hiểm: Ngày sinh

Số CMND/Hộ chiếu/Căn cước/GKS: Giới tính: Nam Nữ

Học lớp Trường (nếu đang đi học)

Câu hỏi	Trả lời	
	Không	Có
Chiều cao: cm Cân nặng: kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Trẻ có bị sinh sớm dưới 37 tuần tuổi không? Nếu CÓ xin cho biết:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Số tuần thai: ____ tuần. Cân nặng lúc sinh: ____ kg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Có phải nuôi dưỡng trong lồng kính không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Có phải điều trị bệnh phổi và suy hô hấp ở thời điểm đó không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Hiện tại, trẻ có bị mắc bất kỳ bệnh hoặc thương tật nào không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Đã từng được điều trị hoặc nằm viện quá 5 ngày vì bệnh tật hoặc chấn thương không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Có đang được khám xét, hội chẩn hoặc chờ đợi bất kỳ chẩn đoán, điều trị bệnh tật nào không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Trẻ có bỏ sót mũi tiêm chủng nào theo lịch tiêm chủng không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Có bị chậm phát triển tâm thần, vận động không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Bố mẹ, anh chị em ruột của trẻ có ai đã từng mắc các bệnh về máu, bệnh gan (bao gồm cả nhiễm vi-rút viêm gan B, C), bệnh tim, thận, đột quy, tiểu đường, tăng huyết áp, ung thư, HIV/AIDS hoặc mắc bệnh di truyền, đột biến gen ví dụ như các bệnh: Hemophilia, Thalassemia, hội chứng Down, bệnh loạn dưỡng cơ, hội chứng Tớc-nơ, Clai-phen-tơ, Jacobs ...?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Đối với câu trả lời CÓ, vui lòng cho biết chi tiết và cung cấp hồ sơ y tế liên quan (nếu có):		
.....		
.....		

Cam kết của Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm:

Tôi/Chúng tôi cam đoan rằng tất cả các thông tin trên đây là đầy đủ và đúng sự thật theo hiểu biết của tôi/chúng tôi. Tôi/chúng tôi hiểu rằng việc cố ý cung cấp thông tin sai sự thật có thể sẽ dẫn tới Hợp đồng bảo hiểm không có hiệu lực. Tôi/Chúng tôi đồng ý để Bác sĩ, bệnh viện hoặc các cơ sở y tế đã điều trị hoặc tư vấn sức khỏe cho tôi/chúng tôi hoặc Công ty bảo hiểm hoặc tổ chức, cá nhân có hồ sơ y tế của tôi/chúng tôi được cung cấp cho FWD Việt Nam hoặc tổ chức/cá nhân do FWD Việt Nam chỉ định mọi thông tin liên quan đến sức khỏe của tôi/chúng tôi, bao gồm các kết quả y tế nhằm đáp ứng các yêu cầu về đánh giá rủi ro và giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

Tôi/Chúng tôi đồng ý rằng các thông tin và số liệu do chúng tôi cung cấp trong Tờ khai sức khỏe này có thể được FWD Việt Nam cung cấp cho các Tổ chức Tái bảo hiểm hoặc bất kỳ một bên thứ ba nào nhằm mục đích thẩm định các điều kiện bảo hiểm, quản lý hợp đồng bảo hiểm và giải quyết quyền lợi bảo hiểm; hoặc cơ quan nhà nước có thẩm quyền phù hợp với quy định của pháp luật.

Hỗ trợ tư vấn VCLI
(ký và ghi rõ họ tên)

Người được bảo hiểm
(ký và ghi rõ họ tên)

Bên mua bảo hiểm
(ký và ghi rõ họ tên)

Phần dành cho Ngân hàng:

Chúng tôi xác nhận chữ ký của Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm ở trên được thực hiện dưới sự chứng kiến của chúng tôi.

Nhân viên tiếp nhận
(ký và ghi rõ họ tên)

Cán bộ tư vấn
(ký và ghi rõ họ tên)

Kiểm soát viên
(ký và ghi rõ họ tên)

*Xin lưu ý: Đối với Người được bảo hiểm dưới 18 tuổi, cha/mẹ/người giám hộ hợp pháp ký thay trên Tờ khai sức khỏe
Mọi thắc mắc vui lòng liên hệ Phòng Nghiệp vụ theo số điện thoại: 024-39749988/email: op-admin@fwd.com*