



**BẢN KHAI BÁO THÔNG TIN DÀNH CHO
BÊN MUA BẢO HIỂM/ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM BỔ SUNG**

(NB_212)

**Bổ sung thông tin/Sản phẩm bổ trợ/
Sản phẩm bảo hiểm bổ sung cho:**

HĐBH số:.....

Thông tin quan trọng cần lưu ý: Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm do Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm kê khai là tài liệu cơ sở để MVI Life xem xét thẩm định phát hành hợp đồng bảo hiểm, chi trả quyền lợi bảo hiểm. MVI Life có thể điều tra, xác minh lại thông tin, nếu phát hiện Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm có ý kê khai thông tin trong hồ sơ đăng ký bảo hiểm không đầy đủ, không trung thực hoặc không chính xác, MVI Life có quyền từ chối chi trả quyền lợi bảo hiểm, hợp đồng bảo hiểm, sản phẩm bảo hiểm bổ sung/sản phẩm bổ trợ có thể bị chấm dứt hiệu lực theo quy định của Pháp luật hoặc Điều khoản sản phẩm.

BÊN MUA BẢO HIỂM (BMBH): là Bên mua bảo hiểm của Sản phẩm bảo hiểm chính
NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM BỔ SUNG (NĐBHBS)

PHẦN 1. THÔNG TIN CÁ NHÂN

Họ tên <i>(viết chữ in hoa)</i>			
Ngày tháng năm sinh	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Giới tính <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	
Quốc tịch	<input type="checkbox"/> Việt Nam <input type="checkbox"/> Khác:.....	<input type="checkbox"/> Có từ 2 quốc tịch trở lên	
Giấy tờ nhân thân <i>Số, Cấp ngày, Nơi cấp</i>	<input type="checkbox"/> CCCD/CC <input type="checkbox"/> Hộ chiếu <input type="checkbox"/> Giấy khai sinh/...../.....	
Nghề nghiệp và nơi làm việc/ học tập <i>(ghi chi tiết công việc, chức vụ)</i>			
Tổng thu nhập bình quân	(triệu VNĐ/năm)		
Địa chỉ thường trú: <i>Số nhà/đường/phố, Phường/Xã/Tỉnh/TP</i>		
Địa chỉ nơi ở hiện tại: <i>Số nhà/đường/phố, Phường/Xã/Tỉnh/TP</i>		
Địa chỉ liên lạc: <i>Số nhà/đường/phố, Phường/Xã/Tỉnh/TP</i>		
Tình trạng hôn nhân	<input type="checkbox"/> Độc thân <input type="checkbox"/> Kết hôn <input type="checkbox"/> Ly hôn <input type="checkbox"/> Góa		
Quan hệ với Bên mua bảo hiểm			

(* Nếu khách hàng có từ 2 quốc tịch trở lên, vui lòng cung cấp thêm thông tin theo mẫu "Bản kê khai quốc tịch và địa chỉ thường trú".

PHẦN 2. THÔNG TIN VỀ SỨC KHỎE

Chỉ số cơ thể

1. Chiều caocm

2. Cân nặngkg

Quý khách đã từng bị hoặc đang mắc bất kỳ bệnh lý nào dưới đây không? **Có Không** **Nếu có, xin cho biết chi tiết**

3. Huyết áp cao, huyết áp thấp, tai biến mạch máu não (đột quy), thiếu năng mạch vành, thiếu máu cơ tim, nhồi máu cơ tim, bệnh van tim, bệnh tim bẩm sinh, rối loạn nhịp tim, xơ vữa động mạch, suy tim, thấp tim, bệnh cơ tim, tăng áp động mạch phổi.

4. Hen phế quản, lao phổi, xơ hóa phổi, bệnh bụi phổi, suy hô hấp, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, giãn phế quản, khí phế thũng, tràn dịch màng phổi, tràn khí màng phổi, bệnh mạch phổi.

5. Viêm gan, gan đa nang, xơ gan, suy gan, sỏi đường mật, sỏi gan, gan to, viêm đường mật, viêm tụy, suy tụy, viêm loét dạ dày - tá tràng.

6. Sỏi thận, sỏi niệu quản, sỏi bàng quang, viêm cầu thận, hội chứng thận hư, bệnh mạch thận, thận đa nang, giãn đài bể thận, suy thận, Lupus ban đỏ

7. Đái tháo đường, Basedow, suy tuyến giáp, u/bướu tuyến giáp, rối loạn chuyển hóa mỡ, bệnh Gout, bệnh nhược cơ.

8. Động kinh, tâm thần, tâm căn hysteria, viêm tủy sống, viêm não, viêm màng não, chấn thương sọ não, chấn thương cột sống, viêm dây thần kinh, teo cơ, viêm khớp, thấp khớp, bại não.

9. Suy tủy, bệnh ưa chảy máu, bệnh đa hồng cầu, bệnh xuất huyết giảm tiểu cầu, thiếu máu, tan máu, ung thư máu.

10. Khối u, ung thư, các bệnh di truyền, dị tật, khuyết tật, bệnh lý bẩm sinh, bệnh lây truyền qua đường tình dục, lao, phong, sốt rét.

Quý khách đã từng có hoặc đang có bất kỳ dấu hiệu nào dưới đây trong thời gian 5 năm vừa qua không? **Có Không** **Nếu có, xin cho biết chi tiết**

11. Giảm thị lực, nhãn áp cao, mù, giảm thính lực, ù tai kéo dài trên 5 ngày, điếc, nói khó, nuốt khó, câm.

12. Nổi khối ở đầu, góc hàm, thượng đòn, cổ, nách, ngực, bụng, lưng, chi, háng.

13. Đau vùng trước tim, cơn đau thắt ngực, hồi hộp trống ngực, mạch nhanh, mạch chậm, ngắt.

14. Khó thở, tức ngực, ho ra máu, ho khạc đờm kéo dài trên 3 tuần hoặc ho tái phát.

15. Đi ngoài ra máu, nôn ra máu, vàng da, cổ trướng, chán ăn hoặc mệt mỏi thường xuyên kéo dài trên 7 ngày.

16. Tiểu buốt, tiểu dắt, bí tiểu, tiểu ra máu, phù.

17. Đau đầu kéo dài trên 3 ngày, sa sút trí tuệ, mất trí, loạn thần, thiếu năng trí tuệ, co giật, liệt, teo cơ.

18. Xuất huyết, nhiễm độc hóa chất.

Xin Quý khách vui lòng cho biết:

19. Có đi khám bệnh và/ hoặc làm xét nghiệm, điều trị bệnh hoặc phải nằm viện trong 5 năm vừa qua không?

20. Có tăng, giảm trên 5kg cân nặng trong 5 năm gần đây không? Nếu có, xin cho biết nguyên nhân.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
21. Có thường xuyên hút thuốc không? Nếu có, xin cho biết số lượng trung bình mỗi ngày?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
22. Có thường xuyên uống rượu/ bia không? Nếu có, xin cho biết số lượng trung bình mỗi ngày?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
23. Có đang sử dụng loại thuốc nào không? Nếu có, xin cho biết tên thuốc và lý do phải sử dụng?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
24. Đã từng hoặc đang sử dụng bất kỳ loại chất ma túy hay thuốc gây nghiện nào không?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
25. Đã bao giờ có xét nghiệm HIV dương tính hoặc đã từng điều trị bệnh AIDS không?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
26. Đã từng bị hoặc đang bị một/ một số bệnh tật, thương tật, dị tật, và/ hoặc triệu chứng khác, và/ hoặc đã từng hoặc đang được hoặc đang chờ được điều trị, hóa trị, xạ trị hoặc phẫu thuật chưa được đề cập ở trên không?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
27. Quý khách có đang phục vụ trong lực lượng vũ trang, dự định làm các nghề nguy hiểm hay tham gia các hoạt động thể thao nguy hiểm (như leo núi, đua xe, đua ngựa, nhảy dù...) không?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
28. Quý khách đã bao giờ bị từ chối, tạm hoãn, tăng phí, loại trừ khi có yêu cầu tham gia bảo hiểm hoặc đã từng có yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm nào chưa?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
29. Có ai trong gia đình Quý khách (vợ, chồng, cha, mẹ, anh chị em ruột và con ruột) đã qua đời vì bệnh tật không? Lúc bao nhiêu tuổi? Nguyên nhân tử vong?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
30. Có ai trong gia đình Quý khách (vợ, chồng, cha, mẹ, anh chị em ruột và con ruột) bị mắc bệnh HIV/AIDS, tâm thần, các bệnh di truyền, bệnh bẩm sinh, bệnh truyền nhiễm không?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Quý khách là nữ giới, xin vui lòng cho biết thêm:		
31. Có đang mang thai không? Nếu có, đây là lần mang thai thứ mấy, ngày dự kiến sinh?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
32. Đã từng hoặc đang bị băng kinh, rong kinh, cường kinh, thiếu kinh, vô kinh không?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Câu hỏi thêm dành cho trẻ em (NDBHBS từ 12 tuổi trở xuống)		
33. Cân nặng lúc sinh:kg Tuổi thai lúc sinh:tuần		
34. Trẻ có bất kỳ biểu hiện nào của sự chậm phát triển về thể chất, trí tuệ và ngôn ngữ không?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

PHẦN 3. THÔNG TIN LIÊN QUAN KHÁC

1. Quý khách đang có yêu cầu hoặc được bảo hiểm theo một loại hình bảo hiểm nhân thọ nào không?
 Không Có, vui lòng cung cấp các thông tin sau đây:

	Tổng số Hợp đồng	Tổng Số tiền bảo hiểm	Thời hạn bảo hiểm dài nhất	Doanh nghiệp bảo hiểm
Người được bảo hiểm bổ sung				
Bên mua bảo hiểm				

2. Khai báo FATCA:

BMBH và/hoặc NĐBHBS có phải là Công dân Hoa Kỳ hoặc là người có nghĩa vụ thuế đối với Hoa Kỳ hoặc có bất kỳ chỉ dấu nào sau đây không: Có hộ chiếu Hoa Kỳ, nơi sinh tại Hoa Kỳ, địa chỉ thường trú/ địa chỉ liên lạc/ địa chỉ giữ thư hộ tại Hoa Kỳ, số điện thoại liên hệ tại Hoa Kỳ.

- Không
 Có, mỗi người có chỉ dấu vui lòng cung cấp thông tin theo biểu mẫu phù hợp sau:
- Công dân Hoa Kỳ; có nghĩa vụ thuế với Hoa Kỳ; Hộ chiếu Hoa Kỳ; nơi sinh tại Hoa Kỳ: Biểu mẫu "W9"
 - Địa chỉ thường trú/ địa chỉ liên lạc/ địa chỉ giữ thư hộ tại Hoa Kỳ, số điện thoại liên hệ tại Hoa Kỳ: Cá nhân - Biểu mẫu "W-8BEN", Tổ chức – Biểu mẫu "W-8BEN-E"

Lưu ý:

Các biểu mẫu phải được điền bằng tiếng Anh, không sử dụng bút xóa hoặc chỉnh sửa.

Nếu có thay đổi thông tin liên quan đến FATCA, khách hàng cần cập nhật trong vòng 30 ngày.

Biểu mẫu có thể tải từ trang web của IRS: www.irs.gov

CAM KẾT VÀ ỦY QUYỀN *(Xin vui lòng đọc kỹ trước khi ký tên)*

Tôi/chúng tôi xác nhận rằng Bản khai báo thông tin này là một phần của bộ Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm. Tôi/ Chúng tôi xác nhận rằng tôi/ chúng tôi đã đọc, hiểu và đồng ý cho phép MVI Life thực hiện thu thập, sử dụng, xử lý dữ liệu cá nhân của tôi/ chúng tôi theo các quy định của Chính sách Bảo mật Dữ liệu cá nhân tại <https://www.mvilife.com.vn/vi/Ve-chung-toi/Chinh-sach.html> và đồng ý chịu sự ràng buộc bởi các quy định của Chính sách này. Tất cả các quyền và nghĩa vụ của MVI Life và Khách hàng tại Chính sách này sẽ không thay thế, chấm dứt hoặc thay đổi, nhưng sẽ là cộng dồn vào các quyền mà MVI Life và Khách hàng đang có ở bất cứ văn bản nào và không một điều khoản nào trong Chính sách này hàm ý hạn chế hoặc xóa bỏ bất kỳ quyền nào trong số các quyền của MVI Life.



Quét mã QR để truy cập trang Chính sách Bảo mật Dữ liệu Cá nhân của MVI Life

Tôi/Chúng tôi, bằng việc ký tên dưới đây xác nhận đã đọc, hiểu và đồng ý với các nội dung và cam kết đã nêu ở trên.

.....ngàytháng.....năm..... (Ký và ghi rõ họ tên)	
Bên mua bảo hiểm	Người được bảo hiểm <i>(Nếu NĐBH dưới 18 tuổi, Người đại diện theo pháp luật ký)</i>