

## TỜ KHAI SỨC KHOẺ

(Dành cho trường hợp khách hàng có yêu cầu thay đổi số tiền bảo hiểm, thay đổi tỷ lệ gia tăng số tiền bảo hiểm, thay đổi lựa chọn quyền lợi tử vong hoặc khôi phục hợp đồng)

Ngày:

Hợp đồng bảo hiểm số:

Kèm theo đơn yêu cầu:

Điều chỉnh hợp đồng Bảo hiểm Nhân thọ

Chuyển nhượng/ Khôi phục hiệu lực hợp đồng Bảo hiểm Nhân thọ

Chi tiết điều chỉnh	Người yêu cầu bảo hiểm	Người được bảo hiểm
Họ và tên		
Ngày sinh/ Giới tính	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ
Chiều cao – Cân nặng		
Huyết áp	...../..... mmHg <input type="checkbox"/> Không biết	...../..... mmHg <input type="checkbox"/> Không biết
Nghề nghiệp		
Chi tiết công việc		

Quý khách điền vào cột người yêu cầu bảo hiểm trong các trường hợp sau:

- Người yêu cầu bảo hiểm khác với Người được bảo hiểm - Người yêu cầu bảo hiểm có tham gia thêm sản phẩm hỗ trợ Quyền lợi miễn nộp phí

Đề nghị trả lời các câu hỏi dưới đây với người được bảo hiểm tương ứng	Người được bảo hiểm	Bên mua bảo hiểm
1. Trong thời gian 1 năm gần đây bạn có khám bệnh, kiểm tra sức khỏe (bất thường, định kỳ,...) không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
2. Trong thời gian 2 năm gần đây bạn có bị chấn thương, tai nạn, thương tật không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
3. Trong thời gian 2 năm gần đây bạn có phải nằm viện điều trị không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
4. Trong thời gian 2 năm gần đây bạn có phải nghỉ việc, nghỉ học quá 3 ngày liên tục để điều trị không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
5. Hiện nay bạn có đang uống thuốc điều trị gì không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
6. Hiện nay bạn có khối u, bị ung thư, đột quy, liệt, cao huyết áp, lão, viêm gan, tiểu đường không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
7. Hiện nay bạn có bệnh lý nào có chỉ định hoặc có khả năng phải phẫu thuật (điều trị ngoại khoa) trong thời gian tới không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
8. Từ trước đến nay, bạn đã bao giờ sử dụng thuốc gây nghiện hoặc ma túy chưa? Đã từng đi cai nghiện hoặc đã từng sử dụng các biện pháp cai nghiện chưa?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
9. Từ trước đến nay bạn đã bao giờ có xét nghiệm HIV dương tính hoặc đã từng điều trị AIDS không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
10. Câu hỏi dành cho Nữ:		
a) Hiện bạn có đang có thai không? Nếu có, được bao nhiêu tháng rồi? Đây là lần mang thai thứ mấy?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
b) Các lần mang thai, sinh đẻ trước đây có bất thường gì không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

Đối với những câu hỏi được trả lời là "Có", đề nghị kê khai rõ chi tiết và đính kèm các giấy tờ y tế liên quan (nếu có).

.....

.....

.....

.....

### CAM KẾT

Tôi/Chúng tôi cam kết rằng những thông tin trong tờ khai này là trung thực và đầy đủ, nếu có sai sót MVI Life có quyền thu hồi hoặc hủy bỏ việc tăng số tiền bảo hiểm/ thay đổi tỷ lệ gia tăng số tiền bảo hiểm/ thay đổi lựa chọn quyền lợi tử vong/ khôi phục hợp đồng/ kéo dài thời hạn bảo hiểm của hợp đồng. Tôi/ Chúng tôi cam kết sẵn sàng cung cấp các tài liệu, giấy tờ liên quan đến tình trạng sức khỏe của bản thân và thực hiện kiểm tra y tế theo yêu cầu của MVI Life.

Tôi/ Chúng tôi đồng ý rằng MVI Life được thu thập, xử lý, chuyển giao các thông tin, dữ liệu cá nhân do tôi/chúng tôi cung cấp trong Tờ khai này và các tài liệu liên quan kèm theo cho các hoạt động nhằm mục đích thực hiện yêu cầu của Bên mua bảo hiểm (“BMBH”), phục vụ Hợp đồng bảo hiểm hoặc các mục đích hợp pháp khác theo thoả thuận đã ký kết hoặc thông báo khác có liên quan.

### Lưu ý về chữ ký

- Liên quan đến thay đổi, thêm mới dữ liệu cá nhân của BMBH: BMBH sẽ ký tên
- Liên quan đến thay đổi, thêm mới dữ liệu cá nhân của NĐBH:

Tuổi NĐBH	Người ký tên		
< 7 tuổi	(i) BMBH		(ii) Cha/Mẹ hoặc Người giám hộ Hợp pháp của NĐBH
Từ 7 tuổi đến < 18 tuổi	(i) BMBH	(ii) NĐBH	(iii) Cha/Mẹ hoặc Người giám hộ hợp pháp của NĐBH
≥ 18 tuổi	(i) BMBH	(ii) NĐBH	

Bên mua bảo hiểm (Ký và ghi rõ họ tên)	Người được bảo hiểm (Ký và ghi rõ họ tên)	Cha/ mẹ hoặc Người giám hộ của Người được bảo hiểm là trẻ em (Ký và ghi rõ họ tên)

Nơi nhận yêu cầu: _____
Ngày nhận: _____
Hồ sơ kèm theo: _____
Nhân viên nhận: _____ (Ký tên)

