

TỜ KHAI THÔNG TIN

A- CHI TIẾT VỀ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM				
1. Họ và tên <i>(ghi bằng chữ in hoa)</i>		2. Giới tính ☐ Nam ☐ Nữ		3. Quốc tịch 1 Quốc tịch 2
				4. Số CMND/ Hộ chiếu/Khai sinh Ngày cấp Nơi cấp <i>(Vui lòng nộp kèm bản sao)</i>
5. Ngày sinh <i>(ngày/tháng/năm)</i>	6. Tuổi	7. Quan hệ với người được BH		8. Chiều cao (cm)
				9. Cân nặng (kg)
10. Địa chỉ thường trú <i>(nếu địa chỉ không có số nhà và tên đường, cung cấp thêm tên Tổ/Đội và tên Khu phố/Ấp/Thôn/Xóm)</i> Số nhà, tên đường Xã/phường/thị trấn Quận/huyện/thị xã Tỉnh/thành phố Địa chỉ email Điện thoại (+84) Di động (+84)			11. Tên Công ty/Cơ quan làm việc Địa chỉ Công ty/Cơ quan làm việc <i>(nếu địa chỉ không có số nhà và tên đường, cung cấp thêm tên Tổ/Đội và tên Khu phố/Ấp/Thôn/Xóm)</i> Số nhà, tên đường Xã/phường/thị trấn Quận/huyện/thị xã Tỉnh/thành phố Địa chỉ email Điện thoại (+84)	
12. Nghề nghiệp		Chi tiết công việc		Thu nhập hàng tháng

B- CÁC THÔNG TIN KHÁC VÀ THÔNG TIN SỨC KHỎE CỦA NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM		
13. Ông/Bà chưa bao giờ được chuẩn đoán mắc một trong các bệnh sau đây: - Ung thư, ung thư biểu mô tại chỗ, hoặc có sự tăng trưởng bất thường của khối u. - Đau thắt ngực, nhồi máu cơ tim, bệnh van tim hoặc các bệnh tim mạch khác. - Tiểu đường, tăng đường huyết hoặc bệnh tuyến giáp. - Viêm gan B hoặc Viêm gan C, xơ hóa gan hoặc xơ gan. - Loét dạ dày, viêm dạ dày tái phát hoặc polyp đại tràng - Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD), khí phế thũng, viêm phế quản mãn tính hoặc bệnh lao. - Viêm thận hoặc bệnh thận mãn tính. - Tăng huyết áp, đột quỵ hoặc cơn thiếu máu não cục bộ thoáng qua (TIA)	Có Không ☐ ☐	Xin trả lời chi tiết với các câu trả lời "Có"



TỜ KHAI THÔNG TIN

14. Ngoài những bệnh ở câu hỏi 1, trong 3 năm vừa qua, Ông/Bà đã từng: - Nằm viện từ 7 ngày trở lên (trừ trường hợp nằm viện để sinh con hoặc do tai nạn); hoặc - Có bất thường hoặc có kết quả bất thường trong xét nghiệm máu, điện tâm đồ (ECG), chụp nhũ ảnh, siêu âm, phết tế bào cổ tử cung, xét nghiệm nước tiểu hoặc phân, nội soi hoặc xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh khác; hoặc - Được khuyên thực hiện các xét nghiệm chẩn đoán hoặc xét nghiệm thêm nhưng chưa tiến hành hoặc đang chờ kết quả xét nghiệm, điều trị hoặc phẫu thuật; hoặc - Kê đơn thuốc (trừ thuốc kháng sinh, thuốc tránh thai hoặc thuốc hỗ trợ sinh sản) hoặc đang điều trị y tế (trừ bệnh cúm hoặc ho) trong ít nhất 14 ngày.	Có Không ☐ ☐	
--	--	--

Chương trình chỉ áp dụng cho những Khách hàng hiện đang sở hữu hợp đồng bảo hiểm đối với sản phẩm Hành Trình Hạnh Phúc hay Điểm Tựa Đầu Tư, có độ tuổi từ 18 – 45, và không có lịch sử yêu cầu bồi thường bảo hiểm.

Tôi xác nhận đã đọc và hiểu rõ toàn bộ nội dung được đề cập Tờ Khai Thông Tin này.

Ngày..... Chữ ký của Người được bảo hiểm/Chữ ký của cha/mẹ hoặc người giám hộ của Người được bảo hiểm nếu dưới 18 tuổi (Ghi rõ họ tên)	 Chữ ký của Bên mua bảo hiểm nếu không phải là Người được bảo hiểm (Ghi rõ họ tên)	 Chữ ký của Đại lý bảo hiểm/Người làm chứng (Ghi rõ họ tên và mã số đại lý)
---	---	--