

# TỜ KHAI SỨC KHỎE

|                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                 |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Số hợp đồng:                                                                                                                 | Mã văn phòng:                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                 |  |
| Họ tên Tư vấn tài chính:                                                                                                     | Mã số:                                                                                                                                                                             | Điện thoại:                                                                                                                     |  |
| <b>A. THÔNG TIN CÁ NHÂN:</b>                                                                                                 | <b>BÊN MUA BẢO HIỂM (BMBH)/<br/>NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM BỔ SUNG 1<br/>(NĐBH-BS 1) ★</b>                                                                                                | <b>NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM (NĐBH)/<br/>NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM BỔ SUNG 2<br/>(NĐBH-BS 2) ★★</b>                                         |  |
| Họ và tên (viết chữ IN HOA):                                                                                                 |                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                 |  |
| Ngày tháng năm sinh:                                                                                                         | Tuổi:                                                                                                                                                                              | Tuổi:                                                                                                                           |  |
| Giới tính:                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ                                                                                                                           | Quốc tịch: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ                                                             |  |
| Số CCCD/Hộ chiếu/Khai sinh                                                                                                   |                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                 |  |
| Ngày cấp:                                                                                                                    | Nơi cấp:                                                                                                                                                                           | Nơi cấp:                                                                                                                        |  |
| Tình trạng hôn nhân:                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Độc thân <input type="checkbox"/> Kết hôn <input type="checkbox"/> Ly hôn <input type="checkbox"/> Góa                                                    | <input type="checkbox"/> Độc thân <input type="checkbox"/> Kết hôn <input type="checkbox"/> Ly hôn <input type="checkbox"/> Góa |  |
| Địa chỉ thường trú:                                                                                                          |                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                 |  |
| Số nhà, tên đường:                                                                                                           |                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                 |  |
| Phường/Xã/Thị trấn:                                                                                                          |                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                 |  |
| Quận/Huyện, Tỉnh/Thành phố:                                                                                                  |                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                 |  |
| Địa chỉ liên lạc (nếu khác địa chỉ trên):                                                                                    |                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                 |  |
| Số nhà, tên đường:                                                                                                           |                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                 |  |
| Phường/Xã/Thị trấn:                                                                                                          |                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                 |  |
| Quận/Huyện, Tỉnh/Thành phố:                                                                                                  |                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                 |  |
| Số điện thoại:                                                                                                               |                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                 |  |
| Địa chỉ email:                                                                                                               |                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                 |  |
| Nghề nghiệp/Chức vụ:                                                                                                         |                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                 |  |
| Chi tiết công việc/Học lớp:                                                                                                  |                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                 |  |
| Tên Công ty/Trường học:                                                                                                      |                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                 |  |
| Thu nhập bình quân hàng năm (đồng):                                                                                          |                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                 |  |
| Thông tin nhận thanh toán của BMBH<br>(Được sử dụng để thực hiện thanh toán, nếu có, liên quan đến HSYCBH/Hợp đồng bảo hiểm) | <input type="checkbox"/> Chuyển khoản nhận bằng Tài khoản tại Ngân hàng                                                                                                            |                                                                                                                                 |  |
|                                                                                                                              | Số tài khoản:                                                                                                                                                                      | Tên tài khoản:                                                                                                                  |  |
|                                                                                                                              | Tên ngân hàng:                                                                                                                                                                     | Chi nhánh:                                                                                                                      |  |
|                                                                                                                              | P. Giao dịch:                                                                                                                                                                      | Tỉnh/Thành phố:                                                                                                                 |  |
|                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Chuyển khoản nhận bằng tiền mặt tại Ngân hàng                                                                                                             |                                                                                                                                 |  |
|                                                                                                                              | Tên ngân hàng:                                                                                                                                                                     | Chi nhánh:                                                                                                                      |  |
| P. Giao dịch:                                                                                                                | Địa chỉ chi nhánh/phòng giao dịch:                                                                                                                                                 |                                                                                                                                 |  |
| Quan hệ với BMBH:                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Bản thân <input type="checkbox"/> Cha/mẹ ruột <input type="checkbox"/> Vợ/chồng <input type="checkbox"/> Con ruột <input type="checkbox"/> Khác (ghi rõ): |                                                                                                                                 |  |
| <b>Họ tên Bên mua bảo hiểm</b>                                                                                               | <b>Chữ ký của Bên mua bảo hiểm</b>                                                                                                                                                 | <b>Ngày tháng năm ký</b>                                                                                                        |  |
| .....                                                                                                                        | .....                                                                                                                                                                              | ...../...../.....                                                                                                               |  |

**B. SẢN PHẨM BẢO HIỂM** (Phần này chỉ dành cho Người được bổ sung khi tham gia Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm mới)

|                                                                                                                                                              | NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM BỔ SUNG (NĐBH-BS 1)<br>(Họ và tên) ★ |                            | NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM BỔ SUNG (NĐBH-BS 2)<br>(Họ và tên) ★★ |                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------|
|                                                                                                                                                              | Số tiền bảo hiểm<br>(đồng)                               | Thời hạn bảo hiểm<br>(năm) | Số tiền bảo hiểm<br>(đồng)                                | Thời hạn bảo hiểm<br>(năm) |
| <input type="checkbox"/> Bảo hiểm Mọi rủi ro do Tai nạn                                                                                                      |                                                          |                            |                                                           |                            |
| <input type="checkbox"/> Bảo hiểm Rủi ro do Tai nạn Nâng cao                                                                                                 |                                                          |                            |                                                           |                            |
| <input type="checkbox"/> Bảo hiểm Tử kỳ                                                                                                                      |                                                          |                            |                                                           |                            |
| <input type="checkbox"/> Bảo hiểm Bệnh hiểm nghèo Mở rộng                                                                                                    |                                                          |                            |                                                           |                            |
| <input type="checkbox"/> Bảo hiểm Hỗ trợ viện phí và Phẫu thuật Mở rộng                                                                                      |                                                          |                            |                                                           |                            |
| <input type="checkbox"/> Bảo hiểm Hỗ trợ Viện phí Toàn cầu                                                                                                   |                                                          |                            |                                                           |                            |
| <input type="checkbox"/> Bảo hiểm Đồng hành Điều trị Ung thư - Chương trình bảo hiểm Cơ bản                                                                  |                                                          |                            |                                                           |                            |
| <input type="checkbox"/> Bảo hiểm Đồng hành Điều trị Ung thư - Chương trình bảo hiểm Nâng cao                                                                |                                                          |                            |                                                           |                            |
| <input type="checkbox"/> Bảo hiểm Thanh toán Chi phí Điều trị Thực tế do Ung thư                                                                             |                                                          |                            |                                                           |                            |
| <input type="checkbox"/> Bảo hiểm Hỗ trợ Viện phí do Ung thư                                                                                                 |                                                          |                            |                                                           |                            |
| <input type="checkbox"/> Bảo hiểm Chăm sóc Y tế Toàn cầu - QL Điều trị Nội trú<br>(Đồng chi trả: <input type="checkbox"/> 15% <input type="checkbox"/> 0%)   |                                                          |                            |                                                           |                            |
| <input type="checkbox"/> Bảo hiểm Chăm sóc Y tế Toàn cầu - QL Điều trị Ngoại trú<br>(Đồng chi trả: <input type="checkbox"/> 15% <input type="checkbox"/> 0%) |                                                          |                            |                                                           |                            |
| <input type="checkbox"/> Bảo hiểm Chăm sóc Y tế Toàn cầu - QL Chăm sóc Nha khoa<br>(Đồng chi trả: <input type="checkbox"/> 15% <input type="checkbox"/> 0%)  |                                                          |                            |                                                           |                            |
| <input type="checkbox"/> Bảo hiểm Chăm sóc Y tế Toàn cầu - QL Chăm sóc Thai sản<br>(Đồng chi trả: <input type="checkbox"/> 15% <input type="checkbox"/> 0%)  |                                                          |                            |                                                           |                            |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                     |                                                          |                            |                                                           |                            |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                     |                                                          |                            |                                                           |                            |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                     |                                                          |                            |                                                           |                            |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                     |                                                          |                            |                                                           |                            |

**Họ tên Bên mua bảo hiểm**
**Chữ ký của Bên mua bảo hiểm**
**Ngày tháng năm ký**

**C. THÔNG TIN TỔNG QUÁT:**

|                                                   |                                                    |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>BMBH/<br/>NDBH-BS1</b><br><i>(Họ và tên) ★</i> | <b>NDBH/<br/>NDBH-BS2</b><br><i>(Họ và tên) ★★</i> |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------|

|  |                     |           |              |           |
|--|---------------------|-----------|--------------|-----------|
|  | Chiều cao/Cân nặng: |           |              |           |
|  | cm/                 | kg        | cm/          | kg        |
|  | <b>Không</b>        | <b>Có</b> | <b>Không</b> | <b>Có</b> |

1. Ông/Bà có là công dân Hoa Kỳ hoặc là người có nghĩa vụ kê khai thuế tại Hoa Kỳ hoặc có một trong các dấu hiệu Hoa Kỳ sau: (i) Hộ chiếu hoặc các giấy tờ cư trú tại Hoa Kỳ, (ii) Mã số thuế tại Hoa Kỳ, (iii) Nơi sinh, số điện thoại, địa chỉ liên lạc tại Hoa Kỳ?  
Nếu có, vui lòng hoàn tất và nộp kèm các biểu mẫu theo Đạo luật tuân thủ Thuế đối với tài khoản nước ngoài của Hoa Kỳ (FATCA): W-8BEN, W-8BEN-E, W-9.

2. Ngoài yêu cầu bảo hiểm này, Ông/Bà có đang được bảo hiểm hoặc đã hay đang yêu cầu bảo hiểm ở các công ty bảo hiểm nhân thọ, kể cả Hanwha Life Việt Nam hay không?

3. Nếu có, trong các yêu cầu bảo hiểm nêu trên, có yêu cầu nào bị tăng phí, loại trừ, tạm hoãn, từ chối, hoặc đã hay đang yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm không?  
Nếu có, xin cho biết chi tiết:

|    | Số hồ sơ/Số hợp đồng | Tên công ty bảo hiểm | Điều kiện bảo hiểm (phí chuẩn, tăng phí...) | Yêu cầu chi trả quyền lợi |
|----|----------------------|----------------------|---------------------------------------------|---------------------------|
| ★  |                      |                      |                                             |                           |
| ★★ |                      |                      |                                             |                           |

4. Ông/Bà có tham gia hoặc dự định tham gia các hoạt động nguy hiểm như lặn với bình khí nén, leo núi, nhảy dù, đua xe, săn bắn,...không?

5. Ông/Bà đã từng hoặc đang sử dụng ma túy hoặc chất gây nghiện không?  
Nếu có, xin cho biết loại (tên) ma túy/chất gây nghiện, thời gian sử dụng, thời điểm ngưng sử dụng gần nhất, đã từng cai nghiện (số lần cai nghiện)?

.....

.....

.....

6. Ông/Bà đã từng phải thi hành án hình sự hoặc đang trong thời gian thi hành án hình sự, hoặc trong thời gian bị áp dụng các biện pháp ngăn chặn về hình sự theo quyết định của (các) Cơ quan có thẩm quyền?  
Nếu Có, vui lòng cung cấp chi tiết về thời gian thi hành án, loại án, lý do thi hành án và bản sao (các) bản án, quyết định có liên quan:

.....

.....

7. Có ai trong số cha/mẹ, anh/chị/em ruột của Ông/Bà bị bệnh hoặc chết vì ung thư, tim mạch, tai biến mạch máu não, tăng huyết áp, tiểu đường, bệnh thận, bệnh tâm thần, bệnh về máu hay các bệnh di truyền khác không?  
Nếu có xin cho biết chi tiết:

|    | Quan hệ gia đình         |                          | Triệu chứng/bệnh lý | Tuổi         |             |
|----|--------------------------|--------------------------|---------------------|--------------|-------------|
|    | Cha/mẹ                   | Anh/chị/em               |                     | Khi còn sống | Lúc qua đời |
| ★  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |              |             |
| ★★ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |              |             |

**D. THÔNG TIN CHI TIẾT VỀ SỨC KHỎE:**

1. Ông/Bà có giảm cân trong 03 tháng qua không?

Nếu có, xin cho biết giảm bao nhiêu kg và lý do:.....

2. Hiện tại, Ông/Bà có dùng thuốc điều trị gì không?

Nếu có, xin cho biết điều trị bệnh gì và đính kèm giấy tờ liên quan:.....

**Họ tên Bên mua bảo hiểm**
**Chữ ký của Bên mua bảo hiểm**
**Ngày tháng năm ký**

| BMBH/<br>NĐBH-BS1<br>(Họ và tên) ★ |    | NĐBH/<br>NĐBH-BS2<br>(Họ và tên) ★★ |    |
|------------------------------------|----|-------------------------------------|----|
|                                    |    |                                     |    |
| Không                              | Có | Không                               | Có |

|                                                    |                          |                          |                          |                          |
|----------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 3. Ông/Bà đã và/hoặc đang hút thuốc lá không?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ông/Bà đã và/hoặc đang sử dụng rượu, bia không? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Nếu có, xin cho biết chi tiết:

|    | Thuốc lá                         | Rượu                                      | Bia                                       |
|----|----------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|
|    | Số điếu hút 1 ngày và số năm hút | Số lượng uống 1 lần và bao lâu uống 1 lần | Số lượng uống 1 lần và bao lâu uống 1 lần |
| ★  |                                  |                                           |                                           |
| ★★ |                                  |                                           |                                           |

|                                                                                                              |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5. Trong 03 năm vừa qua, Ông/Bà có khám bệnh hay điều trị bệnh ở bệnh viện, cơ sở y tế hay bác sĩ nào không? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

Nếu có, xin cho biết chi tiết và đính kèm tất cả các giấy tờ liên quan:

|    | Thời điểm | Triệu chứng | Chẩn đoán và thời gian điều trị | Tên bác sĩ, bệnh viện, cơ sở y tế |
|----|-----------|-------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| ★  |           |             |                                 |                                   |
| ★★ |           |             |                                 |                                   |

Ngoài thông tin đã kê khai tại câu hỏi số 5 - Mục D, vào bất kể thời gian nào, Ông/Bà đã từng có dấu hiệu và triệu chứng hay mắc phải bệnh nào dưới đây không? Nếu có, gạch ngay dưới tên triệu chứng hay bệnh đó và điền chi tiết vào phần "Thông tin chi tiết" ở trang sau:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                          |                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6. Đau ngực, khó thở, tăng mỡ máu, âm thổi ở tim, rối loạn nhịp tim, bệnh tim bẩm sinh, cao huyết áp, thiếu máu cơ tim, nhồi máu cơ tim, suy tim, bệnh van tim, các triệu chứng hay bệnh tim mạch khác?                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Ho kéo dài trên 1 tháng, ho ra máu, khó thở, khàn giọng, khó phát âm, hen suyễn, viêm phổi, lao, khí phế thũng, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD), các triệu chứng hay bệnh hô hấp khác?                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Vàng da, ói ra máu, đi tiêu ra máu, nuốt khó, nuốt nghẹn, gan to, lách to, viêm gan, nhiễm siêu vi viêm gan B, nhiễm siêu vi viêm gan C, xơ gan, ung thư gan, sỏi mật, bệnh lý túi mật, viêm loét dạ dày- tá tràng, viêm đại tràng, tiêu chảy kéo dài trên 1 tuần, bệnh trĩ, các triệu chứng hay bệnh tiêu hóa khác? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Động kinh, co giật, đau đầu kéo dài, hoa mắt, chóng mặt, rối loạn tiền đình, thiếu năng tuần hoàn não, ngất, suy nhược thần kinh, bại não, tai biến mạch máu não (đột quỵ), liệt, yếu chi, thiếu máu não, cơn thiếu máu não thoáng qua, Parkinson, Alzheimer, các triệu chứng hay bệnh thần kinh khác?               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Tâm thần phân liệt, trầm cảm, mất nhận thức, các triệu chứng hay bệnh tâm thần khác?                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Phù, đau lưng, tiểu buốt, tiểu ra máu, tiểu đạm, suy thận, thận mỡ, thận đa nang, viêm cầu thận, sạn thận, hội chứng thận hư, các triệu chứng hay bệnh khác ở thận, bàng quang, tiền liệt tuyến và cơ quan sinh dục?                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Đái tháo đường (bệnh tiểu đường), bursu cổ, cường giáp, suy giáp, các triệu chứng hay bệnh nội tiết khác?                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Truyền máu, bệnh về máu như bệnh bạch cầu, thiếu máu, suy tủy, rối loạn đông máu, chảy máu cam, xuất huyết dưới da, các triệu chứng hay bệnh về máu/hệ bạch huyết khác?                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Họ tên Bên mua bảo hiểm

Chữ ký của Bên mua bảo hiểm

Ngày tháng năm ký

Ngoài thông tin đã kê khai tại câu hỏi số 5 - Mục D, vào bất kể thời gian nào, Ông/Bà đã từng có dấu hiệu và triệu chứng hay mắc phải bệnh nào dưới đây không? Nếu có, gạch ngay dưới tên triệu chứng hay bệnh đó và điền chi tiết vào phần "Thông tin chi tiết" ở trang sau:

| BMBH/<br>NĐBH-BS1<br>(Họ và tên) ★ |                          | NĐBH/<br>NĐBH-BS2<br>(Họ và tên) ★★ |                          |
|------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |

|                                                                                                                                                                                                                                              | Không                    | Có                       | Không                    | Có                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14. Cụt tay, cụt chân, sốt bại liệt, nhược cơ, teo cơ, đau khớp, sốt thấp khớp, viêm khớp, đau thần kinh tọa, Gout, các triệu chứng hay bệnh cơ- xương- khớp khác?                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Lupus ban đỏ, bệnh hệ thống, vẩy nến, các triệu chứng hay bệnh da liễu khác?                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. U, nang, polyp, ung thư ở bất kỳ cơ quan/nội tạng nào; nốt hạch ở cổ, vú, nách, bẹn hay các nơi khác trên cơ thể?                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Chảy mủ tai, ù tai, lổ tai, viêm tai, viêm tai giữa, giảm thính lực, điếc, câm, nhìn đôi, giảm thị lực, mù, mất lồi, mất giả, các triệu chứng hay bệnh tai- mắt- mũi- họng khác?                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Ông/Bà có bị dị tật nào không?                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Ông/Bà có bị tai nạn bao giờ không?                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sau đó, có để lại thương tật nào không?                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Ông/Bà đã từng bị phẫu thuật ở đầu, ngực, bụng hay các nơi khác trên cơ thể không?                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Ông/Bà đã từng được thực hiện xét nghiệm nào không? (thử nước tiểu, thử máu, chụp X quang, siêu âm, điện tim, nội soi, sinh thiết, chụp cắt lớp (CT), phết tế bào cổ tử cung (Pap smear), MRI, PET, SPECT, Fibroscan, chụp nhũ ảnh, ...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kết quả có bất thường không?                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Ông/Bà hay vợ chồng của Ông/Bà đã bao giờ được chẩn đoán, điều trị về HIV/AIDS hoặc các bệnh lây truyền qua đường sinh dục (lậu, giang mai,...) không?                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Ông/Bà đã từng có triệu chứng hay mắc phải bệnh nào khác ngoài các triệu chứng và bệnh kể trên không?                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>24. Câu hỏi dành cho Nữ giới:</b><br>Bà/Cô đã từng bị xuất huyết bất thường ở âm đạo không?                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bà/Cô có đang mang thai không? Nếu có, cho biết ngày dự sinh:...../...../.....                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>25. Câu hỏi dành cho Trẻ em:</b>                                                                                                                                                                                                          |                          |                          |                          |                          |
| Cân nặng lúc sinh:.....Kg. Trẻ có sinh non không?                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Có bị chậm phát triển tâm thần hay vận động không?                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Có anh chị em song sinh không?                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nếu có, tình trạng sức khỏe của anh chị em song sinh có bất thường không?                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Số anh chị em ruột hiện có: .....                                                                                                                                                                                                            |                          |                          |                          |                          |

**THÔNG TIN CHI TIẾT:**

(Nếu trả lời CÓ cho các câu hỏi trên, vui lòng điền thông tin chi tiết vào bảng bên dưới và đính kèm tất cả các giấy tờ liên quan)

|    | Câu số | Chi tiết (thời gian, triệu chứng, chẩn đoán, điều trị, di chứng, tên bác sĩ, bệnh viện, cơ sở y tế...) |
|----|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ★  |        |                                                                                                        |
|    |        |                                                                                                        |
| ★★ |        |                                                                                                        |
|    |        |                                                                                                        |

Họ tên Bên mua bảo hiểm

Chữ ký của Bên mua bảo hiểm

Ngày tháng năm ký

.....

.....

...../...../.....

**E. CAM KẾT:** (Vui lòng đọc kỹ trước khi ký tên/xác nhận)

**1. Tôi/chúng tôi, Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm và/hoặc những Người được bảo hiểm bổ sung,** bằng việc ký tên vào Tờ khai sức khỏe này và/hoặc các tài liệu liên quan, xác nhận rằng tôi/chúng tôi đã đọc, đã được đại lý bảo hiểm (còn được gọi là "Tư vấn tài chính") giải thích rõ ràng, đầy đủ và hiểu rõ:

- toàn bộ các nội dung và câu hỏi trong Tờ khai sức khỏe; và
- các quy tắc và điều khoản (bao gồm các quyền lợi của sản phẩm, điều khoản loại trừ trách nhiệm bảo hiểm) của (các) sản phẩm bảo hiểm mà tôi/chúng tôi tham gia. Tôi/chúng tôi cũng đã được Tư vấn tài chính giải thích rõ ràng, đầy đủ và nhận thức được các đặc thù của (các) sản phẩm bảo hiểm đã lựa chọn.

**2. Tôi/chúng tôi cam kết và xác nhận rằng:**

- Những thông tin trong Tờ khai sức khỏe này và các tài liệu liên quan, cùng với những thông tin khác do tôi/chúng tôi cung cấp cho Hanwha Life Việt Nam là hoàn toàn đầy đủ và đúng sự thật mà tôi/chúng tôi đã biết.

- Mọi sự thay đổi về tình trạng sức khỏe, nghề nghiệp, nơi cư trú, tham gia các hoạt động nguy hiểm và các thông tin khác trong Tờ khai sức khỏe này và các tài liệu liên quan của Người được bảo hiểm và/hoặc những Người được bảo hiểm bổ sung và/hoặc Bên mua bảo hiểm sẽ được thông báo cho Hanwha Life Việt Nam trước khi hợp đồng bảo hiểm phát hành.

**3. Tôi/ chúng tôi hiểu rằng:**

- Tất cả các thông tin do tôi/chúng tôi cung cấp là cơ sở pháp lý để hai bên giao kết hợp đồng bảo hiểm. Vì thế, việc cố ý cung cấp thông tin không đầy đủ và/hoặc không trung thực sẽ dẫn đến hợp đồng bảo hiểm không có hiệu lực từ thời điểm giao kết và quyền lợi bảo hiểm sẽ không được chi trả.

- Hanwha Life Việt Nam có quyền yêu cầu kiểm tra sức khỏe và thực hiện các xét nghiệm (kể cả xét nghiệm HIV) đối với Người được bảo hiểm và/hoặc những Người được bảo hiểm bổ sung và/hoặc Bên mua bảo hiểm. Nội dung kiểm tra sức khỏe chỉ giới hạn trong phạm vi thông tin được kê khai bởi tôi/chúng tôi và không thể đưa ra toàn bộ kết luận về tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm và/hoặc Bên mua bảo hiểm. **Do đó, việc kiểm tra sức khỏe (nếu có) không thay thế cho nghĩa vụ kê khai đầy đủ, chính xác và trung thực trong Tờ khai sức khỏe và/hoặc các tài liệu liên quan.**

- Hợp đồng bảo hiểm chỉ có hiệu lực sau khi Hanwha Life Việt Nam chấp thuận bảo hiểm trên cơ sở Bên mua bảo hiểm hoàn tất và nộp đầy đủ Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và đóng đủ Phí bảo hiểm tạm tính của Hợp đồng bảo hiểm.

**4. Tôi/chúng tôi xác nhận rằng toàn bộ quá trình tư vấn bảo hiểm, lập và ký/xác nhận Tờ khai sức khỏe này và các tài liệu liên quan được thực hiện tại Việt Nam và trong thời gian tôi/chúng tôi đang cư trú tại Việt Nam.**

**5. Tôi/chúng tôi đồng ý:**

- Để Hanwha Life Việt Nam được quyền xử lý dữ liệu cá nhân của tôi/chúng tôi cho các mục đích:

a) thẩm định, đánh giá rủi ro, tính toán phí bảo hiểm, phát hành hợp đồng bảo hiểm; thu phí bảo hiểm; tái bảo hiểm; trích lập dự phòng nghiệp vụ; giải quyết chi trả quyền lợi bảo hiểm; nghiên cứu thiết kế sản phẩm, cung cấp dịch vụ khách hàng; phòng, chống trục lợi, gian lận bảo hiểm; nghiên cứu, đánh giá tình hình tài chính, khả năng thanh toán, mức độ đầy đủ vốn, yêu cầu vốn, tỷ lệ an toàn vốn; kiểm soát và quản trị của chủ sở hữu của Hanwha Life Việt Nam; giải quyết khiếu nại, tranh chấp liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm; và thực hiện các nghĩa vụ khác theo quy định tại Hợp đồng bảo hiểm và quy định của pháp luật; và

b) các mục đích khác, với điều kiện Hanwha Life Việt Nam thông báo cho tôi/chúng tôi trước khi tiến hành hoạt động xử lý dữ liệu cá nhân.

- Ủy quyền cho Hanwha Life Việt Nam, đại lý bảo hiểm của Hanwha Life Việt Nam và/hoặc (các) tổ chức, cá nhân khác được Hanwha Life Việt Nam chỉ định thực hiện thu thập thông tin, dữ liệu cá nhân về tôi/chúng tôi tại các cơ sở y tế, doanh nghiệp bảo hiểm và bất kỳ tổ chức, cá nhân nào khác cho các mục đích được liệt kê nêu trên mà không cần phải được tôi/chúng tôi đồng ý bằng một văn bản khác.

Họ tên Bên mua bảo hiểm

Chữ ký của Bên mua bảo hiểm

Ngày tháng năm ký

.....

.....

...../...../.....

**6. Tôi/chúng tôi đồng ý:**

- nhận và cho phép Hanwha Life Việt Nam gửi bộ Hợp đồng bảo hiểm điện tử, các thông báo, thông tin, nội dung trao đổi liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm mà tôi/chúng tôi tham gia ("Thông báo") đến tôi/chúng tôi bằng một trong các hình thức sau: (i) bằng văn bản đến địa chỉ mà tôi/chúng tôi đã đăng ký với Hanwha Life Việt Nam; hoặc (ii) gửi qua địa chỉ thư điện tử (email) và/hoặc số điện thoại mà tôi/chúng tôi đã đăng ký với Hanwha Life Việt Nam (bao gồm cả hình thức gửi tin nhắn SMS/MMS, tin nhắn qua Zalo, Viber hoặc bất cứ ứng dụng, công cụ nào khác có tính năng nhắn tin); hoặc (iii) gửi thông qua (các) cổng thông tin/ứng dụng giao dịch trực tuyến dành cho khách hàng của Hanwha Life Việt Nam; hoặc (iv) gửi bằng các hình thức khác phù hợp với quy định của pháp luật. Tôi/chúng tôi đồng ý rằng việc gửi Thông báo như vậy là có giá trị pháp lý ràng buộc các bên.

- cập nhật kịp thời cho Hanwha Life Việt Nam bất kỳ thay đổi nào liên quan đến dữ liệu cá nhân đã cung cấp cho Hanwha Life Việt Nam, bao gồm cả các thông tin liên lạc. Tôi/chúng tôi hiểu rằng, trừ khi nhận được thông báo thay đổi từ tôi/chúng tôi, Hanwha Life Việt Nam sẽ tiếp tục gửi Thông báo qua địa chỉ cư trú, địa chỉ thư điện tử, hoặc số điện thoại mà tôi/chúng tôi đã đăng ký. Tôi/chúng tôi đồng ý rằng Hanwha Life sẽ không phải chịu bất kỳ trách nhiệm nào trong trường hợp Hanwha Life Việt Nam gửi Thông báo qua địa chỉ thư điện tử, số điện thoại mà tôi/chúng tôi đã đăng ký nhưng các địa chỉ hay số điện thoại này đã bị khoá, bị huỷ, bị lỗi hoặc không còn tồn tại hay vì bất kỳ lý do nào đó mà dẫn tới việc tôi/chúng tôi không thể tiếp nhận Thông báo từ Hanwha Life Việt Nam.

**Tôi/chúng tôi, bằng việc ký tên dưới đây và/hoặc ký tên vào các tài liệu liên quan, đồng ý tham gia bảo hiểm và xác nhận rằng việc tham gia bảo hiểm của Tôi/chúng tôi là trên cơ sở tự nguyện, không bị ép buộc.**

Chữ ký của Bên mua bảo hiểm:

Chữ ký của Người được bảo hiểm/  
Người được bảo hiểm bổ sung

Chữ ký của Người được bảo hiểm bổ sung

Họ tên: .....

Họ tên: .....

Họ tên: .....

Ngày: ...../...../.....

*(Nếu Người được bảo hiểm/Người được bảo hiểm bổ sung dưới 18 tuổi, Cha/mẹ hoặc Người giám hộ hợp pháp của Người được bảo hiểm/Người được bảo hiểm bổ sung ký thay)***CAM KẾT VÀ XÁC NHẬN CỦA TƯ VẤN TÀI CHÍNH:**

Tôi cam kết rằng những thông tin trong Tờ khai sức khỏe này và hồ sơ liên quan là do Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm bổ sung cung cấp, và tôi không xúi giục hay hướng dẫn khách hàng che giấu không kê khai hay kê khai không trung thực hay không đầy đủ bất cứ thông tin nào mà có thể gây ảnh hưởng đến quyết định chấp thuận bảo hiểm của Hanwha Life Việt Nam đối với khách hàng. Tôi cũng cam kết tôi đã gặp trực tiếp Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm bổ sung để giải thích rõ ràng các câu hỏi về nghề nghiệp, tài chính và sức khỏe trong Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, đã tư vấn đúng theo Quy tắc và (các) Điều khoản sản phẩm bảo hiểm (bao gồm quyền lợi, các rủi ro đặc thù của sản phẩm và các điều khoản loại trừ trách nhiệm bảo hiểm) và các quy định liên quan của Hanwha Life Việt Nam.

Đồng thời, tôi xác nhận các chữ ký trên được thực hiện trước sự chứng kiến của tôi và đó là chữ ký của Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm bổ sung trong Tờ khai sức khỏe này.

Chữ ký của Tư vấn tài chính:

Chữ ký của Người làm chứng:

*(Tôi xác nhận các chữ ký trên được thực hiện trước sự chứng kiến của tôi).*

Họ tên:

Họ tên:

Ngày: ...../...../..... Mã số:.....

Ngày: ...../...../..... Mã số (Nếu là TVTC:.....)