

HỒ SƠ YÊU CẦU BẢO HIỂM NHÂN THỌ

TRANG DÀNH CHO NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM BỔ SUNG 2/3



Hồ sơ số:

Ngày	Tháng	Năm
------	-------	-----

15



A. PHẦN DÀNH CHO NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM BỔ SUNG 2 (NĐBHBS2) (Vui lòng điền bằng chữ in hoa)

Họ và tên theo CMND/ Khai sinh:			
Tên thường gọi:		Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	
CMND/ Hộ chiếu/ Khai sinh số:		Ngày / Tháng/ Năm sinh:	
Quốc tịch:	Quốc tịch khác (nếu có):	Quan hệ với BMBH:	
Dân tộc:		Quốc gia nơi sinh:	
Tình trạng gia đình: <input type="checkbox"/> Độc thân		<input type="checkbox"/> Đã lập gia đình	
Trình độ học vấn: <input type="checkbox"/> Trên Đại Học <input type="checkbox"/> Đại Học/ Cao Đẳng <input type="checkbox"/> Trung Học Phổ Thông <input type="checkbox"/> Khác			
Tên cơ quan:		Địa chỉ:	
Nghề nghiệp:		Nhóm nghề nghiệp:	
Công việc cụ thể:		Thu nhập bình quân (đồng/ tháng):	
Loại nghề nghiệp:	<input type="checkbox"/> Công an, Lực lượng vũ trang	<input type="checkbox"/> Nhân viên cơ quan, doanh nghiệp Nhà nước	<input type="checkbox"/> Khác
Học Lớp:	Trường:	(Nếu là trẻ em)	

Hộ khẩu thường trú

Số nhà, Đường:	Phường/ Xã:	
Quận/ Huyện:	Tỉnh/ Thành phố:	Quốc gia:
Email:		
Điện thoại di động:	Mã quốc gia:	
Điện thoại cố định:	Mã quốc gia:	

B. PHẦN DÀNH CHO NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM BỔ SUNG 3 (NĐBHBS3) (Vui lòng điền bằng chữ in hoa)

Họ và tên theo CMND/ Khai sinh:			
Tên thường gọi:		Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	
CMND/ Hộ chiếu/ Khai sinh số:		Ngày / Tháng/ Năm sinh:	
Quốc tịch:	Quốc tịch khác (nếu có):	Quan hệ với BMBH:	
Dân tộc:		Quốc gia nơi sinh:	
Tình trạng gia đình: <input type="checkbox"/> Độc thân		<input type="checkbox"/> Đã lập gia đình	
Trình độ học vấn: <input type="checkbox"/> Trên Đại Học <input type="checkbox"/> Đại Học/ Cao Đẳng <input type="checkbox"/> Trung Học Phổ Thông <input type="checkbox"/> Khác			
Tên cơ quan:		Địa chỉ:	
Nghề nghiệp:		Nhóm nghề nghiệp:	
Công việc cụ thể:		Thu nhập bình quân (đồng/ tháng):	
Loại nghề nghiệp:	<input type="checkbox"/> Công an, Lực lượng vũ trang	<input type="checkbox"/> Nhân viên cơ quan, doanh nghiệp Nhà nước	<input type="checkbox"/> Khác
Học Lớp:	Trường:	(Nếu là trẻ em)	

Hộ khẩu thường trú

Số nhà, Đường:	Phường/ Xã:	
Quận/ Huyện:	Tỉnh/ Thành phố:	Quốc gia:
Email:		
Điện thoại di động:	Mã quốc gia:	
Điện thoại cố định:	Mã quốc gia:	



Hồ sơ số:

15**C. SẢN PHẨM BẢO HIỂM BỔ TRỢ**

Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ	NĐBHBS2		NĐBHBS3	
	Số tiền bảo hiểm (đồng)	Thời hạn bảo hiểm (năm)	Số tiền bảo hiểm (đồng)	Thời hạn bảo hiểm (năm)
01.				
02.				
03.				
04.				
05.				
06.				
07.				
08.				

D. THÔNG TIN SỨC KHỎE NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

CÂU HỎI SỨC KHỎE	Họ và tên		Họ và tên	
	Có	Không	Có	Không
1. Chiều cao; Cân nặng?	cm	kg	cm	kg
2. NĐBH có hút thuốc lá trong vòng 12 tháng gần đây không? Nếu có, vui lòng cho biết số điếu hút bình quân/ ngày.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	điếu/ ngày		điếu/ ngày	
3. NĐBH có bị dị tật nào bẩm sinh hay mắc phải không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. NĐBH có bao giờ bị tai nạn không? Sau đó có để lại thương tật nào không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. NĐBH đã từng có bất cứ triệu chứng hoặc bệnh nào dưới đây không? Nếu có, vui lòng gạch dưới tên bệnh/ triệu chứng đó và mô tả chi tiết trong câu 16.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Bệnh thần kinh (Parkinson, Alzheimer, bại não...), động kinh, co giật, bệnh mạch máu não (tai biến mạch máu não, thiếu máu não...), bệnh tâm thần, nhức đầu thường tái phát trong vòng 2 năm gần đây hoặc kèm ói mửa, nhìn một hình thành hai hình?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Bệnh đái tháo đường (tiểu đường), bấu cổ, cường giáp, suy giáp hoặc các bệnh nội tiết khác?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Bị ù tai, lờn tai, nuốt khó, nuốt nghẹn, khó phát âm, đổi giọng?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Bệnh lao, bệnh suyễn (hen), bị khó thở, bị ho ra máu hoặc ho kéo dài trên hai tháng?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Tăng huyết áp, tăng mỡ máu, bệnh thiếu máu cơ tim, cơn đau thắt ngực, bệnh tim, tổn thương van tim, những bệnh hay bất	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Đề nghị không tẩy xóa khi điền hồ sơ



CÂU HỎI SỨC KHỎE	Có	Không	Có	Không
cứ rối loạn nào của tim, mạch máu?				
f. Viêm dạ dày, loét dạ dày, nôn (ói) ra máu, đi tiêu ra máu, xuất huyết bất thường ở hậu môn hoặc các rối loạn về tiêu hóa khác?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Bệnh gan lách (viêm gan, xơ gan, lách...), nhiễm siêu vi viêm gan B, C, vàng da, sỏi túi mật, sỏi đường mật?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Bệnh thận (suy thận, sỏi thận, viêm cầu thận, hội chứng thận hư, ...), sỏi hệ tiết niệu, bị phù, tiểu ra máu, tiểu buốt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Ung thư hoặc u bướu, nang, hạch ở cổ, ở nách, ở háng, ở vú hay ở các nơi khác trên cơ thể?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Bệnh hoa liễu (lậu, giang mai...), nhiễm HIV, bị AIDS, hoặc những bệnh liên quan đến AIDS, bị vết thương khó lành hoặc tiêu chảy kéo dài trên một tuần?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Bệnh về máu (thiếu máu, suy tủy, rối loạn đông máu,...), bị chảy máu cam hay xuất huyết dưới da. Bị truyền máu không? Nếu có, vui lòng ghi rõ khi nào và vào dịp nào, tại bệnh viện nào?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Bệnh về khớp (viêm khớp, thấp khớp, Gout,...), bệnh về cơ xương (teo cơ, nhược cơ,...), bệnh Lupus ban đỏ (SLE), đau lưng, đau khớp xương?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Bị phẫu thuật (tim, bụng, vú hay các nơi khác trên cơ thể)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Giảm cân trong vòng 3 tháng gần đây? Số cân (kg) giảm? Lý do?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Các bệnh khác trong vòng 5 năm gần đây nếu có (vui lòng ghi rõ bệnh gì, thời điểm mắc bệnh)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Trong vòng 6 tháng vừa qua, NĐBH có phải điều trị bởi một bác sĩ nào không? Nếu có, vui lòng cho biết chi tiết: lúc nào, lý do, dùng thuốc gì?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Trong vòng 5 năm vừa qua, NĐBH có phải điều trị nội hoặc ngoại trú tại bệnh viện hoặc trung tâm y khoa nào? Nếu có, vui lòng cho biết chi tiết: lúc nào, tên bệnh viện, lý do, bao lâu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. NĐBH đã từng được thực hiện xét nghiệm nào không? (siêu âm, điện tim, thử nước tiểu, thử máu, chụp X quang, chụp cắt lớp (CT), nội soi, sinh thiết,...) Vui lòng ghi rõ loại xét nghiệm đã làm, kết quả, lý do và thời điểm thực hiện xét nghiệm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. a. NĐBH đã/ đang có sử dụng ma túy và/ hoặc các chất gây nghiện không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. NĐBH có uống rượu/ bia không? Trung bình trong 1 tuần NĐBH sử dụng bao nhiêu đơn vị cồn? (Đơn vị cồn/ tuần) <i>1 đơn vị cồn = 1 lon bia 330ml = 1 chén rượu (≈ 40°, 30ml)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0		0	
	1 - 20		1 - 20	
	> 20		> 20	
10. NĐBH có tham gia hoặc định tham gia vào những môn thể thao nguy hiểm không? (lặn, leo núi, nhảy dù, đua xe, săn bắn,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. NĐBH có đang hoặc dự định (trong vòng 6 tháng) đi nước ngoài không? Quốc gia nào? Mục đích chuyến đi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Trong gia đình NĐBH có ai bị bệnh hoặc chết vì tiểu đường, bệnh tim mạch, bệnh thận, bệnh tâm thần, ung thư không? Vui lòng ghi rõ tuổi cha, mẹ, anh/ chị em hiện tại hoặc lúc qua đời.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		tuổi		tuổi



Hồ sơ số:

15



Đề nghị không tẩy xóa khi điền hồ sơ

CÂU HỎI SỨC KHỎE	Có	Không	Có	Không
13. Ngoài hồ sơ này, NĐBH đã hoặc đang yêu cầu mua/ được bảo hiểm nhân thọ của công ty bảo hiểm nhân thọ nào, kể cả Prudential hay không? Nếu có, vui lòng ghi tên công ty, số hồ sơ.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Trong các hồ sơ này, có hồ sơ nào bị tăng phí, loại trừ, từ chối, tạm hoãn hoặc đã/ đang yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm không? Nếu có, vui lòng ghi rõ lý do.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14. Câu hỏi dành cho TRẺ EM (dưới 15 tuổi):				
a. Cân nặng lúc sinh?	<input type="text"/>	kg	<input type="text"/>	kg
b. Có bất thường về phát triển tâm thần không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Có anh/ chị/ em song sinh không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Cân nặng lúc sinh của anh/ chị/ em song sinh?	<input type="text"/>	kg	<input type="text"/>	kg
e. Anh/ chị/ em song sinh có bệnh gì không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Câu hỏi dành cho NỮ:				
a. Số con hiện có?	<input type="text"/>	con	<input type="text"/>	con
b. NĐBH có đang mang thai không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nếu có, vui lòng cho biết ngày dự sinh.	<input type="text"/>	/ /	<input type="text"/>	/ /
c. NĐBH có bị xuất huyết bất thường ở âm đạo, có làm xét nghiệm Pap's, siêu âm tuyến vú, nhũ ảnh không? Nếu có, vui lòng ghi rõ kết quả Bình thường hay Bất thường?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>	

16. Nếu NĐBH đã trả lời "Có" cho bất cứ câu hỏi sức khỏe nào từ câu 3 đến câu 15, vui lòng cung cấp chi tiết:

Họ tên NĐBH	Được chẩn đoán bệnh gì?	Thời điểm - Tên cơ sở y tế	Kết quả điều trị

Chữ ký Người được bảo hiểm bổ sung 2
(Vui lòng ghi rõ họ và tên bằng chữ thường)

Họ và tên:

Ghi chú: Trong trường hợp Người được bảo hiểm là trẻ em, Người giám hộ hợp pháp sẽ ký thay

Chữ ký Bên mua bảo hiểm
(Vui lòng ghi rõ họ và tên bằng chữ thường)

Họ và tên:

Chữ ký Người được bảo hiểm bổ sung 3
(Vui lòng ghi rõ họ và tên bằng chữ thường)

Họ và tên:

Chữ ký của Đại lý
(Vui lòng ghi rõ họ và tên bằng chữ thường)

Họ và tên: