

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

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

GYCBH số:

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 Aviva xem xét thẩm định phát hành hợp đồng bảo hiểm, chi trả quyền lợi bảo hiểm. Aviva có thể điều tra, xác minh lại thông tin, nếu phát hiện Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm cố ý kê khai thông tin trong hồ sơ đăng ký bảo hiểm không đầy đủ, không trung thực hoặc không chính xác, Aviva có quyền từ chối chi trả quyền lợi bảo hiểm, hợp đồng bảo hiểm, quyền lợi 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: là Bên mua bảo hiểm của Sản phẩm bảo hiểm chính
NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM BỔ SUNG (NĐBHBS)

PHẦN 1. THÔNG TIN CÁ NHÂN (Nếu là Bên mua bảo hiểm: không phải kê khai phần này)

Họ tên (viết chữ in hoa)			
Ngày tháng năm sinh	<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 Số, Cấp ngày, Nơi cấp	<input type="checkbox"/> CMND <input type="checkbox"/> Hộ chiếu <input type="checkbox"/> Giấy khai sinh/...../.....	
Tổng thu nhập bình quân	(triệu VNĐ/năm)		
Địa chỉ thường trú: Số nhà/đường/phố, Phường/Xã/Thị trấn, Quận/Huyện, Tỉnh/TP			
Địa chỉ nơi ở hiện tại: Số nhà/đường/phố, Phường/Xã/Thị trấn Quận/Huyện, Tỉnh/TP			
Địa chỉ liên lạc: Số nhà/đường/phố, Phường/Xã/Thị trấn Quận/Huyện, Tỉnh/TP			
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 cao cm
2. Cân nặng kg

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 quỵ), 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, tâm phế mạn, bệnh cơ tim, tăng áp động mạch phổi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Hen phế quản, lao phổi, xơ hóa phổi, bệnh bụi phổi, suy hô hấp,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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 virus, viêm gan rượu, 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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Đái tháo đường, đái tháo nhạt, Basedow, suy tuyến giáp, u/bướu tuyến giáp, rối loạn chuyển hóa mỡ, bệnh Gout, bệnh nhược cơ.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Suy tủy, nhược sản tủy, bệnh ưa chảy máu, bệnh đa hồng cầu, bệnh xuất huyết giảm tiểu cầu, thiếu máu, tan máu, ung thư máu,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 hoặc ù tai tái phát, điếc, nói khó, nuốt khó, câm. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Nổi khối ở đầu, góc hàm, thượng đòn, cổ, nách, ngực, bụng, lưng, chi, háng. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Đau vùng trước tim, cơn đau thắt ngực, hồi hộp trống ngực, mạch nhanh, mạch chậm, ngất. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Khó thở, tức ngực, ho ra máu, ho khạc đờm kéo dài | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Đi ngoài ra máu, nôn ra máu, vàng da, cổ trướng, chán ăn hoặc mệt mỏi kéo dài trên 7 ngày. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Tiểu buốt, tiểu dắt, bí tiểu, tiểu ra máu, phù. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Đau đầu kéo dài trên 3 ngày, sa sút trí tuệ, mất trí, loạn thần, thiếu năng trí tuệ, cơ giật, liệt, teo cơ. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Xuất huyết, lách to, nhiễm độc hóa chất. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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 bị tai nạn, phẫu thuật hay có bệnh lý nào có khả năng phải phẫu thuật không? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Đã từng phải truyền máu chưa? Nếu có, xin cho biết nguyên nhân phải truyền máu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Đã từng hoặc đang được điều trị bằng hóa chất, tia xạ không? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Đã từng hoặc đang sử dụng bất kỳ loại chất ma túy hay thuốc gây nghiện nào không? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Đã bao giờ có xét nghiệm HIV dương tính hoặc đã từng điều trị bệnh AIDS không? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Đã từng bị hoặc đang bị một/ một số bệnh tật, thương tật, dị | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

tật, bệnh nghề nghiệp (bụi phổi, nhiễm độc, nhiễm xạ...) và/ hoặc triệu chứng bệnh nghề nghiệp chưa được đề cập ở trên không?		
30. 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"/>
31. 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"/>
32. 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"/>
33. 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:

34. Có đang mang thai không? Nếu có, đây là lần mang thai thứ mấy, ngày dự kiến sinh? Có bất thường gì trong các lần mang thai và sinh đẻ trước đây không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. 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 (NĐBHBS từ 12 tuổi trở xuống)

36. Cân nặng lúc sinh: kg Tuổi thai lúc sinh: tuần	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Trẻ có phải can thiệp bất thường khi sinh không? Có bị còi xương, suy dinh dưỡng không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Trẻ đã được tiêm chủng đầy đủ theo chương trình tiêm chủng mở rộng quốc gia không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. 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 5. 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. Quý khách có thuộc trường hợp: Là công dân hoặc thường trú tại Hoa Kỳ; hoặc sinh tại Hoa Kỳ; hoặc có Địa chỉ thường trú, địa chỉ hòm thư, địa chỉ liên lạc, gửi giữ thư tại Hoa Kỳ; hoặc có số điện thoại tại Hoa Kỳ hoặc có Yêu cầu thanh toán từ một tài khoản này sang tài khoản khác ở Hoa Kỳ; hoặc có Giấy tờ ủy quyền hiện hành cho người có địa chỉ tại Hoa Kỳ hay không?

Không Có, vui lòng cung cấp thông tin theo mẫu “Giấy bổ sung thông tin theo đạo luật FATCA”

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

Tôi/chúng tôi (Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm bổ sung/ Người đại diện theo pháp luật của Người được bảo hiểm bổ sung) đồng ý và cam kết thực hiện nội dung mục “Cam kết và Ủy quyền” nêu tại Giấy yêu cầu bảo hiểm.

BÊN MUA BẢO HIỂM

NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM BỔ SUNG

(Nếu NĐBHBS dưới 18 tuổi thì Người đại diện theo pháp luật của NĐBHBS sẽ ký tại đây)

....., ngàytháng..... năm
 Chữ ký 1 Chữ ký 2 Chữ ký 1 Chữ ký 2

Họ và tên:

Họ và tên:

Họ và tên:

Nhân viên tư vấn 1

Nhân viên tư vấn 2

Chữ ký

Chữ ký

Họ và tên:

Mã số:

Họ và tên:

Mã số: