**CÔNG TY CP BẢO HIỂM NHÂN THỌ PHÚ HƯNG**

Tầng 5, Tòa nhà CR3 - 05A, 109 Tôn Dật Tiên

Phường Tân Phú, Quận 7, Thành Phố Hồ Chí Minh

**Tel:** (84.8) 5413 7199 - **Fax:** (84.8) 5413 6995

info@phuhunglife.co[m](mailto:info@phuhunglife.com) - [www.phuhunglife.com](http://www.phuhunglife.com)

**BẢNG CÂU HỎI SỨC KHOẺ**

(*Do Người được bảo hiểm điền, áp dụng khi Tuổi trên 55 hoặc Mệnh giá bảo hiểm trên 400 triệu đồng*)

Họ tên Người được bảo hiểm: …………............................................................. Giới tính: Nam / Nữ

Ngày sinh: ....................................................... Số CMND/Hộ chiếu: …………………………………….

Nghề nghiệp: …………………………………… Điện thoại: ……………………………………………….

**VUI LÒNG TRẢ LỜI ĐẦY ĐỦ VÀ CHÍNH XÁC CÁC CÂU HỎI DƯỚI ĐÂY:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **NỘI DUNG** | **KHÔNG** | **CÓ** |
|  | Cân nặng:..........................kg Chiều cao:………………..cm |  |  |
| **01** | Ông/Bà có hút thuốc trên 20 điếu mỗi ngày, hoặc uống 250 ml rượu/ 750 ml bia mỗi ngày không?  Nếu CÓ, Ông/Bà đã hút hoặc uống trong bao nhiêu năm........................................  Số điếu/ml rượu/ bia trung bình một ngày là bao nhiêu?......................................... |  |  |
| **02** | Ông/Bà đã hoặc đang mắc bệnh di truyền, bẩm sinh, dị tật, khuyết tật, giảm thị lực do bệnh (ngoại trừ viễn thị, loạn thị), cận thị trên 8 độ, giảm thính lực, nói khó, nuốt khó không? |  |  |
| **03** | Ông/Bà đã hoặc đang mắc bệnh truyền nhiễm nào không? (như: viêm gan, lao, phong, sốt rét, cúm gia cầm, Hội chứng suy hô hấp cấp,...) |  |  |
| **04** | Ông/Bà đã hoặc đang mắc bệnh cao huyết áp, bệnh mạch vành, loạn nhịp tim, đau thắt ngực, ngất, đột qụy, nhồi máu cơ tim, khó thở, ho ra máu, suy tim không? |  |  |
| **05** | Ông/Bà đã hoặc đang mắc bệnh gan, mật, tuỵ, dạ dày, tá tràng, ruột, đi ngoài ra máu, nôn ra máu, suy gan, xơ gan không? |  |  |
| **06** | Ông/Bà đã hoặc đang mắc bệnh thận, niệu quản, bàng quang, tiền liệt tuyến, rối loạn tiểu tiện, đi tiểu ra máu, phù, suy thận không? |  |  |
| **07** | Ông/Bà đã hoặc đang mắc bệnh tâm thần, động kinh, bệnh não, tuỷ sống, màng não, mạch máu não, xuất huyết não, co giật, liệt, sa sút trí tuệ không? |  |  |
| **08** | Ông/Bà đã hoặc đang mắc bệnh tế bào máu, bệnh bạch cầu, thiếu máu, tan máu, chảy máu, rong kinh, suy tuỷ xương không? |  |  |
| **09** | Ông/Bà đã hoặc đang mắc bệnh tiểu đường, bướu cổ, cường giáp, nhược cơ, đái tháo nhạt, bệnh của các tuyến nội tiết (ví dụ như: tuyến yên, tuyến tùng, tuyến giáp trạng, tuyến cận giáp, tuyến tụy, tuyến thượng thận, tuyến ức...) không? |  |  |
| **10** | - Ông/Bà đã hoặc đang có khối u/ung thư, nổi hạch to bất thường không?  - Ông/Bà đã bao giờ phải điều trị khối u/ung thư bằng hoá chất, tia xạ, thuốc chống ung thư, hoặc bằng phẫu thuật chưa? |  |  |
| **11** | Ông/Bà đã sử dụng thuốc hoặc chất gì có thể gây nghiện không? Ông/Bà đã được xét nghiệm, chẩn đoán, điều trị bệnh gì liên quan đến HIV/AIDS không? |  |  |
| **12** | Trong vòng 18 tháng gần đây:  - Ông/Bà có phải vào bệnh viện, phòng khám để khám, chữa bệnh hay phẫu thuật gì không? (ngoại trừ khám sức khỏe để đi làm việc, học tập hoặc thi bằng lái xe, khám sức khỏe định kỳ)  - Ông/Bà có phải nghỉ việc, nghỉ học quá 20 ngày vì lý do sức khoẻ không?  - Ông/Bà có bị mắc bệnh gì phải điều trị dài ngày không? |  |  |
| **13** | - Ông/Bà đã hoặc đang mắc bệnh nghề nghiệp nào không? (như: bụi phổi, nhiễm độc, nhiễm xạ, ...)?  - Ông/Bà có ý định tham gia quân đội, nghề nguy hiểm hay các hoạt động thể thao nguy hiểm không (như leo núi, đua xe, đua ngựa, nhảy dù...)? |  |  |
| **14** | - Ông/ Bà đã bao giờ bị tăng phí bảo hiểm, từ chối, tạm hoãn vì lý do sức khoẻ, nghề nghiệp khi yêu cầu bảo hiểm nhân thọ chưa?  - Ông/ Bà đã bao giờ được miễn nghĩa vụ quân sự vì lý do sức khoẻ chưa? |  |  |

Nếu Ông/ Bà đã trả lời "Có" cho các câu hỏi trên hoặc có bất kỳ dấu hiệu, triệu chứng, bệnh nào mà chưa được đề cập bên trên, xin giài thích chi tiết và đính kèm bằng chứng y tế (kết quả xét nghiệm, kết quả thăm khám, giấy ra viện, nếu có):

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. *Tôi cam đoan rằng tất cả các thông tin trên đây là đầy đủ và đúng sự thật.*
2. *Tôi hiểu rằng việc cung cấp thông tin không đầy đủ, không chính xác hoặc không trung thực sẽ dẫn tới Hợp đồng bảo hiểm không có hiệu lực và không có quyền lợi bảo hiểm nào được chi trả.*
3. *Tôi đồng ý rằng Bảng câu hỏi sức khỏe này là một phần không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm.*

….......... ngày .....tháng......năm ........

**Người được bảo hiểm**

*(Ký và ghi rõ họ tên)*