



TỜ KHAI SỨC KHỎE

(Dành cho trường hợp khách hàng có yêu cầu thay đổi số tiền bảo hiểm, thay đổi tỷ lệ gia tăng số tiền bảo hiểm, thay đổi lựa chọn quyền lợi tử vong hoặc khôi phục hợp đồng)

Ngày

Hợp đồng bảo hiểm số

Kèm theo Đơn yêu cầu Điều chỉnh hợp đồng bảo hiểm nhân thọ
 Chuyển nhượng/Khôi phục hiệu lực hợp đồng bảo hiểm nhân thọ

Chi tiết	Người yêu cầu bảo hiểm		Người được bảo hiểm	
Họ và tên				
Ngày sinh/ Giới tính		Nam / Nữ		Nam / Nữ
Chiều cao - Cân nặng	m	kg	m	kg
Huyết áp/.....mmHg	<input type="checkbox"/> Không biết/.....mmHg	<input type="checkbox"/> Không biết
Nghề nghiệp				
Chi tiết công việc				

Quý khách điền vào cột người yêu cầu bảo hiểm trong các trường hợp sau: - Người yêu cầu bảo hiểm khác với Người được bảo hiểm
- Người yêu cầu bảo hiểm có tham gia thêm sản phẩm bảo trợ Quyền lợi miễn nợ phi

Đề nghị trả lời các câu hỏi dưới đây với người được bảo hiểm tương ứng

	Người được Bảo hiểm		Bên mua Bảo hiểm	
	Có	Không	Có	Không
1. Trong thời gian 1 năm gần đây bạn có khám bệnh, kiểm tra sức khỏe (bắt thường, định kỳ...) không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Trong thời gian 2 năm gần đây bạn có bị chấn thương, tai nạn, thương tật không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Trong thời gian 2 năm gần đây bạn có phải nằm viện điều trị không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Trong thời gian 2 năm gần đây bạn có phải nghỉ việc, nghỉ học quá 3 ngày liên tục để điều trị không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hiện nay bạn có đang uống thuốc điều trị gì không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hiện nay bạn có khối u, bị ung thư, đột quy, liệt, cao huyết áp, lao, viêm gan, tiểu đường không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hiện nay bạn có bệnh lý nào có chỉ định hoặc có khả năng phải phẫu thuật (điều trị ngoại khoa) trong thời gian tới không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Từ trước đến nay, bạn đã bao giờ sử dụng thuốc gây nghiện hoặc ma túy chưa? Đã từng đi cai nghiện hoặc đã từng sử dụng các biện pháp cai nghiện chưa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Từ trước đến nay bạn đã bao giờ có xét nghiệm HIV dương tính hoặc đã từng điều trị AIDS không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Câu hỏi dành cho Nữ				
a) Hiện bạn có đang có thai không? Nếu có, được bao nhiêu tháng rồi? Đây là lần mang thai thứ mấy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Các lần mang thai, sinh đẻ trước đây có bất thường gì không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Đối với những câu hỏi được trả lời là "Có", đề nghị kê khai rõ chi tiết và đính kèm các giấy tờ y tế liên quan (nếu có).

CAM KẾT

Tôi/Chúng tôi cam kết rằng những thông tin trong tờ khai này là trung thực và đầy đủ, nếu có sai sót Aviva có quyền thu hồi hoặc hủy bỏ việc tăng số tiền bảo hiểm/ thay đổi tỷ lệ gia tăng số tiền bảo hiểm/ thay đổi lựa chọn quyền lợi tử vong/ khôi phục hợp đồng/ kéo dài thời hạn bảo hiểm của hợp đồng. Tôi/ Chúng tôi cam kết sẵn sàng cung cấp các tài liệu, giấy tờ liên quan đến tình trạng sức khỏe của bản thân và thực hiện kiểm tra y tế theo yêu cầu của Aviva.

Chữ ký Bên mua bảo hiểm

Chữ ký Người được bảo hiểm

Chi nhánh nhận yêu cầu.....
Ngày nhận.....
Hồ sơ kèm theo.....
Nhân viên nhận.....

Họ và tên
CS_TKSK_16-06-2011

Họ và tên

Ký tên:.....
www.aviva.com.vn