

## TỜ KHAI SỨC KHỎE (OPPS08)

Hợp đồng bảo hiểm (HĐBH) số:

Bên mua bảo hiểm (BMBH):  Số CCCD/Hộ chiếu:

**PHẦN I. MỤC ĐÍCH KHAI LẠI SỨC KHỎE (vui lòng chọn loại yêu cầu)**

- Khai báo lại sức khỏe     
  Điều chỉnh hợp đồng     
  Khôi phục hiệu lực hợp đồng

**Tôi/Chúng tôi, Bên mua bảo hiểm bổ sung thông tin sức khỏe của (những) Người được bảo hiểm sau:**

Chi tiết	Người được bảo hiểm (1)	Người được bảo hiểm (2)
Họ và tên		
Ngày tháng năm sinh		
Giới tính		
Quốc tịch		
Giấy tờ tùy thân (Số CCCD/Hộ chiếu/GKS)		
Chỉ số cơ thể	Chiều cao ..... cm Cân nặng ..... kg	Chiều cao ..... cm Cân nặng ..... kg
Thu nhập cá nhân	triệu đồng/năm	triệu đồng/năm
Nghề nghiệp/chức vụ (Ghi chi tiết công việc)		
Số điện thoại		
Địa chỉ liên lạc		
Tình trạng hôn nhân		
Quan hệ với BMBH		

**Quý khách vui lòng trả lời các câu hỏi dưới đây:**

A. Quý khách đã từng hoặc đang được chẩn đoán hoặc điều trị bất kỳ bệnh lý nào dưới đây không?				
Chi tiết sức khỏe của Người được bảo hiểm (NĐBH):	NĐBH (1)		NĐBH (2)	
	Có	Không	Có	Không
1. Tăng huyết áp, thiếu máu cơ tim, nhồi máu cơ tim, bệnh mạch vành, suy tim, bệnh van tim, bệnh cơ tim, rối loạn nhịp tim, rối loạn mỡ máu, xơ vữa mạch máu, dị dạng mạch máu, giãn tĩnh mạch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Bệnh lao, hen phế quản, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, viêm phế quản mạn, ngưng thở khi ngủ, khí phế thũng, áp xe phổi, kén khí phổi, tràn dịch màng phổi, tràn khí màng phổi, giãn phế quản, tâm phế mạn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Rối loạn chức năng gan, xơ gan, viêm gan, sỏi mật, viêm đường mật, xuất huyết tiêu hóa, viêm/loét dạ dày tá tràng, trào ngược dạ dày thực quản, viêm/loét đại tràng, bệnh Crohn, trĩ, rò hậu môn trực tràng, viêm tụy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Sỏi thận - tiết niệu, suy thận, viêm cầu thận, viêm đài bể thận, hội chứng thận hư, thận đa nang, giãn đài bể thận, rối loạn/ phì đại tiền liệt tuyến.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Động kinh, bại não, sa sút trí tuệ, Parkinson, Alzheimer, tâm thần phân liệt, viêm não-màng não, tai biến mạch máu não, rối loạn tuần hoàn não, rối loạn tiền đình, bệnh tủy sống, trầm cảm, loạn thần, rối loạn lo âu, rối loạn tâm thần.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Đái tháo đường, đái tháo nhạt, rối loạn dung nạp đường, Basedow, rối loạn chức năng tuyến giáp, rối loạn chức năng tuyến thượng thận, rối loạn chức năng tuyến yên.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tàn tật hoặc cắt bỏ chi, thấp khớp, viêm/ thoái hóa khớp, viêm khớp dạng thấp, Gout, thoát vị đĩa đệm, cong vẹo cột sống, xơ cứng cột bên teo cơ, nhược cơ, bạch tạng, bạch biến.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Xuất huyết giảm tiểu cầu, thiếu máu, Thalassemia, haemophilia, đa hồng cầu, tăng tiểu cầu, hội chứng kháng Phospholipid, rối loạn đông máu/ chảy máu, bệnh bạch cầu, suy tủy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Viêm tai giữa, viêm tai xương chũm, điếc, vẹo vách ngăn, viêm họng mạn, viêm màng bồ đào, đục thủy tinh thể, tổn thương giác mạc, tăng nhãn áp, mù.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Khối u, nang, bướu, nhân, polyp, ung thư, nổi hạch bất thường.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ngộ độc, nhiễm độc hóa chất, bỏng, bệnh phong, vẩy nến, bệnh xơ cứng bì, bệnh Lupus ban đỏ, các rối loạn dị ứng miễn dịch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Dị tật, bệnh bẩm sinh, bệnh di truyền, hội chứng Down, tự kỷ, chậm phát triển về thể chất/ tâm thần/ vận động/ ngôn ngữ.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B. Trong 3 năm qua, Quý khách đã từng có hoặc đang có bất kỳ triệu chứng, dấu hiệu, rối loạn nào dưới đây không?</b>				
13. Đau ngực, ho mạn tính, khó thở, ho ra máu, vàng da, báng bụng, nôn ra máu, đại tiện phân đen/phân máu, xuất huyết dưới da, từng nhận truyền máu hoặc sản phẩm từ máu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Bí tiểu, tiểu không tự chủ, nước tiểu có đạm/ có đường, tiểu máu, tiểu mù; đau, biến dạng, hạn chế vận động một hay nhiều khớp; run tay chân, yếu liệt các chi, teo cơ.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Đau đầu, chóng mặt kéo dài, mất trí, ngất, co giật, chảy dịch/ mù/ máu lỗ tai, ù tai, giảm thính lực, nhìn đôi, lác, giảm thị lực (loại trừ do tật khúc xạ), khàn tiếng, khó nuốt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Đau hay sốt kéo dài, mệt mỏi, tăng/ giảm hơn 5 kg trong vòng 12 tháng không rõ nguyên nhân.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>C. Quý khách vui lòng cho biết các thông tin sau</b>				
17. Quý khách đã từng phải điều trị bệnh hoặc phải nằm viện trong 5 năm qua không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Trong 3 năm qua, Quý khách đã từng có kết quả bất thường với bất kỳ thăm khám nào như chụp X-quang, điện tim, chụp cắt lớp vi tính (CT scanner), chụp cộng hưởng từ (MRI), siêu âm, sinh thiết, xét nghiệm máu và nước tiểu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Trong 3 năm qua, Quý khách có bất kỳ tình trạng sức khỏe bất thường nào chưa được đề cập trên đây mà Quý khách đã hoặc đang chờ kiểm tra, chẩn đoán, theo dõi hoặc điều trị không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Quý khách đã từng hoặc đang được điều trị bằng xạ trị, hóa trị, phẫu thuật, thủ thuật ngoại khoa nào không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Quý khách và người hôn phối của Quý khách đã từng được chẩn đoán, điều trị HIV/ AIDS hoặc các bệnh lây truyền qua đường tình dục không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Tiền sử sức khỏe gia đình: cha/ mẹ/ anh/ chị/ em ruột của Quý khách có được chẩn đoán và điều trị các bệnh lý sau đây trước 60 tuổi: bệnh tim, tai biến mạch máu não, tiểu đường, ung thư, gan thận đa nang, bệnh Huntington, đa xơ cứng, bệnh teo cơ, Alzheimer, bệnh Parkinson, khí phế thũng, xơ cứng cột bên teo cơ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>D. Câu hỏi dành cho Khách hàng là nữ</b>				
23. Quý khách có đang mang thai không? Nếu có, vui lòng cho biết ngày dự sinh.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Quý khách đã từng có biến chứng hay các bệnh lý trong (các) thai kỳ hay không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Quý khách đã từng khám, điều trị bệnh hay có bất kỳ bất thường nào của tuyến vú, tử cung, cổ tử cung, phần phụ, chu kỳ kinh nguyệt hay phết tế bào cổ tử cung không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>E. Câu hỏi dành cho Khách hàng là trẻ em (&lt; 6 tuổi)</b>				
26. Cân nặng lúc sinh dưới 2.5 kg hoặc lớn hơn 4.2 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Tuổi thai lúc sinh dưới 36 tuần	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>F. Các thông tin liên quan khác (Quý khách vui lòng trả lời các câu hỏi sau)</b>				
1. Trong 12 tháng qua, Quý khách có đi du lịch hoặc sinh sống bên ngoài lãnh thổ nước Việt Nam trên 6 tháng hoặc dự định đi trong 12 tháng tới với thời gian lưu trú quá 3 tháng không? Nếu có, vui lòng làm rõ thông tin về thời gian, đất nước và thành phố sẽ lưu trú.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Quý khách có dự định hoặc đã tham gia vào bất kỳ hoạt động nguy hiểm nào trong vòng 12 tháng qua, ví dụ như lặn, leo núi, đua xe, các môn thể thao trên không, dù lượn, nhảy dù, bay cá nhân?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Quý khách đã từng bị buộc tội đối với bất kỳ hành vi phạm tội hình sự nào không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

