

Ngày yêu cầu:/...../.....

Hợp đồng bảo hiểm (HĐBH) số:

Bên mua bảo hiểm (BMBH):

A Thông tin Người được bảo hiểm

- Vui lòng ghi rõ họ và tên của (những) NĐBH tương ứng với thông tin kê khai tại mục (B) và mục (C) dưới đây theo hướng dẫn của từng mục.
- Cung cấp đầy đủ thông tin đối với NĐBH bổ sung mới (chưa có trong HĐBH) hoặc cung cấp (các) thông tin thay đổi đối với NĐBH đã có trong HĐBH.
- Nộp kèm bản sao giấy tờ tùy thân còn trong hạn sử dụng đối với NĐBH bổ sung mới (chưa có trong HĐBH) hoặc khi thay đổi thông tin cá nhân của NĐBH đã có trong HĐBH.

Thông tin	Người được bảo hiểm 1 (NĐBH 1)	Người được bảo hiểm 2 (NĐBH 2)
Họ và tên		
Ngày sinh		
Giới tính		
Quốc tịch 1		
Quốc tịch 2		
Số giấy tờ tùy thân		
Nơi cấp		
Ngày cấp		
Điện thoại		
Nghề nghiệp/ Chức danh		
Chi tiết công việc		
Địa chỉ thường trú		
Nơi ở hiện tại		
Mối quan hệ với BMBH	<input type="checkbox"/> Con ruột <input type="checkbox"/> Vợ/Chồng <input type="checkbox"/> Cha/Mẹ <input type="checkbox"/> Khác	<input type="checkbox"/> Con ruột <input type="checkbox"/> Vợ/Chồng <input type="checkbox"/> Cha/Mẹ <input type="checkbox"/> Khác

B Thông tin về các hợp đồng bảo hiểm hiện có

Quý khách có các Hợp đồng bảo hiểm nhân thọ đang còn hiệu lực hoặc đang chờ ký kết với Sun Life Việt Nam hoặc với các công ty bảo hiểm khác không? NĐBH 1 Có Không NĐBH 2 Có Không
 Nếu trả lời “Có”, vui lòng cung cấp chi tiết:

Thông tin	Công ty bảo hiểm	Tên sản phẩm bảo hiểm	Tổng số tiền bảo hiểm/ Quyền lợi bảo hiểm	Năm phát hành hợp đồng/ ngày nộp Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm (Nếu hợp đồng đang chờ ký kết)	Tình trạng hợp đồng (Vui lòng nêu rõ hợp đồng được cấp với phí chuẩn hoặc có điều khoản đặc biệt, tăng phí...)
NĐBH 1					
NĐBH 2					



Quý khách vui lòng đọc kỹ và trả lời đầy đủ các câu hỏi thẩm định dưới đây, nếu trả lời “Có”, vui lòng ghi số câu hỏi và chi tiết vào phần “Thông tin chi tiết” bên dưới.

NĐBH 1 **NĐBH 2**
Có Không **Có Không**

Chiều cao hiện tại?cmcm

Cân nặng hiện tại?kgkg

Trong 02 năm qua, có giảm cân hơn 5 kg không rõ nguyên nhân không? Nếu “Có”, vui lòng cho biết số kg đã giảm: Kg

1. Có hút hoặc sử dụng thuốc lá, xì gà, tẩu thuốc, thuốc lá nhai hay bất kỳ loại thuốc lá nào khác hay không? Nếu “Có”, vui lòng ghi rõ:

• Thời gian hút hoặc sử dụng thuốc: Loại thuốc, số lượng và số lần sử dụng mỗi ngày:

• Nếu đã ngưng sử dụng, vui lòng ghi rõ thời gian (tháng/năm):

2. Quý khách có uống rượu bia không? Nếu “Có”, vui lòng trả lời chi tiết:

	Loại	Số lượng uống/ tuần	Tần suất sử dụng
NĐBH 1	<input type="checkbox"/> Bia (330 ml/chai) <input type="checkbox"/> Rượu (148 ml/ly) <input type="checkbox"/> Rượu có mùi (43 ml/ly)	Số chai: Số ly: Số ly:	<input type="checkbox"/> Hàng ngày <input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hàng ngày <input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hàng ngày <input type="checkbox"/> Hàng tuần
NĐBH 2	<input type="checkbox"/> Bia (330 ml/chai) <input type="checkbox"/> Rượu (148 ml/ly) <input type="checkbox"/> Rượu có mùi (43 ml/ly)	Số chai: Số ly: Số ly:	<input type="checkbox"/> Hàng ngày <input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hàng ngày <input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hàng ngày <input type="checkbox"/> Hàng tuần

3. Trong 12 tháng qua, Quý khách có đi du lịch hoặc cư trú ngoài nước Việt Nam trên 6 tháng hoặc có dự định đi trong 12 tháng tới không?

	Quốc gia/ Thành phố	Thời gian/ Mục đích	Ngày đi gần nhất (tháng/năm)	Ngày dự định đi (tháng/năm)
NĐBH 1				
NĐBH 2				

4. Có sử dụng thuốc cocaine, LSD hoặc chất gây nghiện tác động thần kinh, heroine hoặc các chất ma túy khác, chất kích thích hoặc bất kỳ chất gây nghiện bị cấm nào khác không?

5. Có đang trong quá trình ăn kiêng, giảm cân, đang sử dụng các loại vitamin, thuốc thảo dược hoặc đang trong quá trình điều trị bằng bất kỳ loại thuốc nào không?

6. Hiện tại có bị thương tật do bệnh, chấn thương hoặc bất kỳ vấn đề sức khỏe nào khác làm gián đoạn hoặc không thể làm việc toàn thời gian theo yêu cầu công việc không?

7. Trong 02 năm qua, Quý khách:
- a) Có nhận được bất kỳ sự tư vấn nào về sức khỏe từ bác sĩ hoặc chuyên viên y tế?
- b) Có được chẩn đoán hoặc tư vấn về bất kỳ triệu chứng, bệnh lý hoặc thương tật nào mà chưa được đề cập ở trên?
- c) Có được kiểm tra điện tâm đồ, X-quang, xét nghiệm máu hoặc các xét nghiệm khác?
- d) Có phải nằm viện như một bệnh nhân nội trú tại bệnh viện/cơ sở y tế nào không?
- Ngoại trừ trường hợp nằm viện do sinh con hoặc kiểm tra sức khỏe định kỳ.
- e) Có bao giờ được tư vấn hoặc làm xét nghiệm HIV/AIDS?
- f) Có tham gia vào bất kỳ hoạt động nào nguy hiểm như đua xe có động cơ, hoạt động lặn biển, trên không, dưới nước hoặc leo núi, hoặc có ý định tham gia trong tương lai không?

Quý khách có bao giờ mắc phải, được chẩn đoán hoặc điều trị bệnh hoặc có tình trạng nào dưới đây không?

8. Cao huyết áp, thiếu máu cơ tim, nhồi máu cơ tim, bệnh mạch vành, suy tim, âm thổi tim, bệnh van tim, cơn đau thắt ngực, bất thường nhịp tim, hoặc bất kỳ triệu chứng hoặc bệnh khác thuộc hệ tim mạch?
9. Bệnh lao, xơ nang, hen suyễn, khó thở, ho mãn tính, ho hoặc khạc ra máu, khàn giọng, ngưng thở khi ngủ, hoặc bất kỳ triệu chứng hoặc bệnh khác của hệ hô hấp (không bao gồm các bệnh nhiễm trùng đường hô hấp trên đã hoàn toàn bình phục)?
10. Viêm loét đại tràng, bệnh Crohn, xuất huyết trực tràng hoặc đường ruột, tiêu chảy kéo dài, bệnh dạ dày, ruột hoặc tụy, viêm gan, vàng da, các bệnh khác về gan hoặc bất kỳ triệu chứng hoặc bệnh khác thuộc hệ tiêu hóa?
11. Tai biến mạch máu não, đột quy, cơn thiếu máu não thoáng qua, phình mạch, động kinh, co giật, run, nhức đầu nặng, ngất xỉu, rối loạn thị giác, rối loạn thính giác, tê bì, giảm hoặc mất cảm giác, mất ý thức, hoặc bất kỳ triệu chứng hoặc bệnh khác của hệ thần kinh?
12. Lo âu mãn tính, trầm cảm, căng thẳng hoặc mệt mỏi, bứt rứt, suy giảm thần kinh hoặc bất kỳ triệu chứng hoặc rối loạn liên quan đến tâm lý, tâm thần và cảm xúc?
13. Có Albumin, đạm, đường, máu hoặc mủ trong nước tiểu, sỏi thận, nhiễm trùng đường tiết niệu, hoặc bất kỳ triệu chứng hoặc các bệnh nào khác ở thận, bàng quang, niệu đạo, tuyến tiền liệt hoặc cơ quan sinh dục?
14. Bệnh tiểu đường, lượng đường trong máu cao, bướu cổ, rối loạn tuyến giáp, hoặc bất kỳ triệu chứng hoặc bệnh khác của hệ nội tiết?
15. Băng huyết hoặc rối loạn chảy máu khác, thiếu máu, suy tủy, rối loạn đông máu, phì đại các tuyến hoặc hạch bạch huyết, hoặc bất kỳ triệu chứng hoặc bệnh khác về máu hoặc hệ bạch huyết?
16. Viêm khớp, rối loạn hoặc bệnh của cơ, khớp, tay chân, lưng, xương, hoặc liệt?
17. Ung thư, khối u, u nang, ung thư máu, ung thư hạch, khối phát triển bất thường hoặc bệnh ác tính khác?
18. Bệnh về da, thương tổn da, nhiễm trùng mãn tính, nốt ruồi bất thường hoặc nốt sần tố bất thường (không bao gồm các tổn thương do chất độc, viêm da tiếp xúc, trứng cá, trứng cá đỏ, tổn thương do nắng hay chàm eczema)?
19. Chảy máu tai (không bao gồm nhiễm trùng đã điều trị khỏi), ù tai, mất thính lực, mất thị lực (không bao gồm trường hợp thị lực cải thiện khi mang kính hoặc kính áp tròng), bị mù, mất nhân tạo hoặc các triệu chứng hoặc bệnh về tai mũi họng?
20. Đau hoặc sốt kéo dài không rõ nguyên nhân (không bao gồm các triệu chứng cúm hoặc cảm lạnh)?
21. Có bất cứ triệu chứng hoặc than phiền về sức khỏe mà chưa được tư vấn hoặc điều trị?
22. **Câu hỏi bổ sung dành cho Người được bảo hiểm dưới 18 tuổi:**
- Trong 2 năm qua, có được tư vấn, kiểm tra hoặc điều trị bất kỳ bệnh bẩm sinh nào hay không?

23. Câu hỏi bổ sung dành cho phụ nữ:

- a. Có đang mang thai không? Mang thai được tháng?
- b. Có bất kỳ biến chứng nào liên quan đến thai kỳ không?
- c. Có hoặc đã từng mắc bệnh phụ khoa nào không?

24. Quý khách có ai trong cha mẹ ruột hoặc anh chị em ruột còn sống hay đã chết, mắc bệnh hoặc được điều trị các bệnh sau trước 60 tuổi: tiểu đường, ung thư, bệnh tim (bao gồm âm thổi tim), cao huyết áp, tai biến mạch máu não, đột quy, thận đa nang hoặc các rối loạn hay bệnh lý thận khác, bệnh Huntington, đa xơ cứng, bệnh teo cơ, bệnh Alzheimer, chứng xơ cứng teo cơ một bên (ALS hay LouGehrig), hoặc bất kỳ bệnh hay rối loạn thần kinh vận động, bệnh viêm võng mạc sắc tố, bệnh di truyền hoặc rối loạn di truyền khác?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Mối quan hệ	Tình trạng sức khỏe (*)	Tuổi	Tuổi qua đời	Tuổi phát hiện bệnh
NĐBH 1	Cha/Mẹ				
	Anh/Chị/Em				
NĐBH 2	Cha/Mẹ				
	Anh/Chị/Em				

(*) Nếu đã qua đời, vui lòng cho biết nguyên nhân; Nếu bệnh ung thư, cho biết loại ung thư.

Câu hỏi số	Thông tin chi tiết

D Khai báo thuế

Khai báo thuế dành cho công dân Hoa Kỳ hoặc người có nghĩa vụ khai báo thuế tại Hoa Kỳ hoặc có một trong các yếu tố liên quan đến Hoa Kỳ như: (i) Hộ chiếu hoặc giấy tờ cư trú tại Hoa Kỳ; (ii) Mã số thuế tại Hoa Kỳ; (iii) Nơi sinh, số điện thoại, địa chỉ liên lạc tại Hoa Kỳ.

Tôi/Chúng tôi (BMBH) cam kết đã hoàn tất khai báo mẫu.

Trong trường hợp không đánh dấu vào ô tại phần Khai báo thuế, bằng việc ký tên bên dưới, BMBH xác nhận và đồng ý rằng:

- Tôi/Chúng tôi không phải là đối tượng có nghĩa vụ khai báo thuế tại Hoa Kỳ dưới bất kỳ hình thức nào vào thời điểm lập Tờ khai sức khỏe này; và
- Nếu có bất kỳ thay đổi nào liên quan đến các thông tin đề cập ở phần Khai báo thuế, Tôi/Chúng tôi sẽ thông báo cho Sun Life Việt Nam trong vòng 30 ngày kể từ ngày phát sinh thay đổi.

E Cam kết chung

Bằng việc ký tên dưới đây, Tôi/Chúng tôi (BMBH/NĐBH) xác nhận, hiểu và đồng ý rằng:

- (1) Nội dung kê khai tại Tờ khai sức khỏe này là đầy đủ và trung thực theo sự hiểu biết của Tôi/Chúng tôi. Tờ khai sức khỏe này do chính Tôi/Chúng tôi tự điền và/hoặc lập.
- (2) Tờ khai sức khỏe này và bất kỳ thông tin khai báo có liên quan là một phần không tách rời của HĐBH.
- (3) Sun Life Việt Nam có quyền yêu cầu thẩm định sức khỏe của NĐBH trước khi chấp thuận bảo hiểm. Việc kiểm tra sức khỏe do Sun Life Việt Nam yêu cầu (nếu có) không thay thế cho nghĩa vụ kê khai đầy đủ và trung thực trong Tờ khai sức khỏe theo quy định của pháp luật.
- (4) Bất kỳ cơ sở y tế, bác sĩ và các tổ chức, cá nhân khác được cung cấp cho Sun Life Việt Nam và/hoặc bên thứ ba dưới sự đồng ý hoặc ủy quyền của Sun Life Việt Nam, tất cả các thông tin về việc khám, điều trị bệnh, thương tật, tai nạn, HIV/AIDS và các thông tin khác liên quan đến NĐBH và/hoặc BMBH. Bản sao các y chứng (bệnh án, xét nghiệm và các giấy tờ liên quan đến sức khỏe khác) từ các nơi nói trên cung cấp có giá trị tương đương như bản chính.
- (5) Sun Life Việt Nam được quyền tự mình hoặc thông qua bên thứ ba sử dụng, chia sẻ các thông tin trong Tờ khai sức khỏe này cho các hoạt động nhằm mục đích phục vụ HĐBH, hoạt động kinh doanh hoặc các mục đích hợp pháp khác của Sun Life Việt Nam.

Phần dành cho người làm chứng/Tư vấn tài chính:

- (1) Tôi cam kết rằng, đã tư vấn cho BMBH/(những) NĐBH đúng theo Quy tắc và Điều khoản Hợp đồng bảo hiểm của Sun Life Việt Nam, qua quan sát tại thời điểm này, tình trạng sức khỏe của (những) NĐBH không có dấu hiệu bất thường, tôi cũng đã kiểm tra, đối chiếu bản sao các giấy tờ nhân thân đã nộp với bản chính.
- (2) Tôi xác nhận các chữ ký bên dưới được thực hiện trước sự chứng kiến của tôi và là chữ ký của BMBH và (những) NĐBH/Người giám hộ.

Bên mua bảo hiểm

(Ký và ghi rõ họ tên
bằng chữ thường)

Họ tên:

NĐBH 1/

Người giám hộ

(Ký và ghi rõ họ tên
bằng chữ thường)

Họ tên:

NĐBH 2/

Người giám hộ

(Ký và ghi rõ họ tên
bằng chữ thường)

Họ tên:

Người làm chứng/

Tư vấn tài chính

(Ký và ghi rõ họ tên
bằng chữ thường)

Họ tên:

MSTVTC:

F Phần dành cho Sun Life Việt Nam

Nhân viên tiếp nhận yêu cầu Ngày nhận:/...../..... Văn phòng:

Đã kiểm tra chữ ký Ký tại quầy Ghi chú khác (nếu có):