

3. Huyết áp cao, huyết áp thấp, tai biến mạch máu não (đột quy), 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, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, giãn phế quản, khí phế thũng, tràn dịch màng phổi, tràn khí màng phổi, bệnh mạch phổi.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
5. Viêm gan virus, viêm gan rượu, gan đa nang, rối loạn chức năng gan, 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 bạch cầu, bệnh hồng cầu, bệnh tiểu cầu, thiếu máu, tan máu, ung thư máu,	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
10. Khối u, ung thư, các bệnh di truyền, bệnh nội tiết, bệnh miễn dịch, bệnh hệ thống, 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"/>	
11. Giảm thị lực, nhãn áp cao, mù, giảm thính lực, ù tai kéo dài, điếc, nói khó, nuốt khó, câm.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
12. Nổi u, khối hay hạch ở đầu, góc hàm, thượng đòn, cổ, nách, ngực, bụng, lưng, chi, háng, hoặc gầy sút cân hoặc béo phì.	<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 trên 3 tuần hoặc ho tái phát.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
15. Đi ngoài ra máu, nôn ra máu, vàng da, cổ trướng, chán ăn hoặc mệt mỏi thường xuyên kéo dài.	<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, sa sút trí tuệ, mất trí, loạn thần, thiếu năng trí tuệ, co 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:	Có Không	Nếu có, xin cho biết chi tiết
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 2 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 đã hút thuốc trong bao nhiêu năm và 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 đã uống trong bao nhiêu năm và 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 tật, bệnh nghề nghiệp (bụi phổi, nhiễm độc, nhiễm xạ...) và/ hoặc triệu chứng khác chưa được đề cập ở trên không?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
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:	Có Không	Nếu có, xin cho biết chi tiết
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)	Có Không	Nếu có, xin cho biết chi tiết
36. Cân nặng lúc sinh: kg Tuổi thai lúc sinh: tuần		
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 3. 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? Có Không

Nếu 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				

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?

Có Không

Nếu 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 xác nhận rằng Bản khai báo thông tin này là một phần của bộ Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm. Tôi/ Chúng tôi đồng ý rằng MVI Life được thu thập, xử lý, chuyển giao các thông tin, dữ liệu cá nhân do tôi/chúng tôi cung cấp trong Bản khai báo thông tin này và các tài liệu liên quan kèm theo cho các hoạt động nhằm mục đích thực hiện yêu cầu của Bên mua bảo hiểm, giải quyết quyền lợi bảo hiểm, phục vụ Hợp đồng bảo hiểm hoặc các mục đích hợp pháp khác theo thoả thuận đã ký kết hoặc thông báo khác có liên quan.

Lưu ý về chữ ký

- Liên quan đến thay đổi, thêm mới dữ liệu cá nhân của BMBH: BMBH sẽ ký tên
- Liên quan đến thay đổi, thêm mới dữ liệu cá nhân của Người được bảo hiểm (NĐBH):

Tuổi NĐBH	Người ký tên		
< 7 tuổi	(i) BMBH		(ii) Cha/Mẹ hoặc Người giám hộ hợp pháp của NĐBH
Từ 7 tuổi đến < 18 tuổi	(i) BMBH	(ii) NĐBH	(iii) Cha/Mẹ hoặc người giám hộ Hợp pháp của NĐBH
≥ 18 tuổi	(i) BMBH	(ii) NĐBH	

BÊN MUA BẢO HIỂM

....., ngày.....tháng..... năm

Chữ ký 1

Chữ ký 2

NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM BỔ SUNG

....., ngày.....tháng năm

Chữ ký 1

Chữ ký 2

Họ và tên:

Họ và tên:

Cha/ mẹ hoặc Người giám hộ của Người được bảo hiểm bổ sung là trẻ em

....., ngày.....tháng..... năm

Chữ ký 1

Chữ ký 2

Họ và tên:

Họ và tên:

Nhân viên tư vấn 1

Chữ ký

Nhân viên tư vấn 2

Chữ ký

Họ và tên:

Mã số:

Họ và tên:

Mã số: