

健康、财务及其它告知书

保单号码：

【健康告知】

告知事项(请在相应的口打 √)	投保人	被保险人	其他被保险人
01. 原保险合同所涉及的告知内容是否有不属实?	是□否□	是□否□	是□否□
02. 您是否目前吸烟或曾经吸烟?若“是”，请告知。 您是否已戒烟，若“是”，请在说明栏中告知戒烟时间及戒烟原因。	___支/天___年 是□否□	___支/天___年 是□否□	___支/天___年 是□否□
03. 您是否目前饮酒或曾经饮酒?(若是，请在说明栏内说明酒的种类、每周饮酒数量及历史)	是□否□	是□否□	是□否□
04. 最近三年内您是否曾经接受住院治疗、正在或准备就医?是否曾经、正在、准备接受药物、手术或其他治疗?是否曾经发现任何化验检查异常?是否曾接受过CT、MRI、组织活检、内窥镜检查、乳腺X线扫描、超声波检查?是否接受艾滋病检验?	是□否□	是□否□	是□否□
05. 您是否曾经或正在有下列症状、或患有下列疾病： A. 五官科疾病： 五官缺失或畸形、斜视、复视、弱视或失明、视网膜疾病、视神经病变、角膜疾病、虹膜睫状体炎、青光眼、白内障、高度近视800度以上、眼底动脉病变；慢性鼻炎、鼻窦炎、鼻中隔弯曲；口腔白斑症、溃疡、牙髓炎；声音嘶哑、声带疾病；语音机能障碍或哑、听力障碍或耳聋、耳鸣、中耳炎、梅尼尔氏症？ B. 脑、神经及精神疾病： 意识障碍、智能障碍、精神分裂症、抑郁或焦虑、神经衰弱；癫痫、反复头晕头痛、晕厥；脑血管畸形或脑动脉血管瘤、椎基底动脉供血不足、脑中风；脊髓疾病、瘫痪或麻痹、舞蹈症、脑炎或脑膜炎、头部外伤、坐骨神经痛或其他周围神经疾病；重症肌无力、多发性硬化、帕金森病、呼吸睡眠障碍？ C. 呼吸系统疾病： 反复咳嗽、咯痰、气喘；咯血或痰中带血；慢性支气管炎、哮喘、支气管扩张、肺气肿、肺心病；肺结核、肺脓肿、肺栓塞；胸膜炎、胸腔积液；肺纤维化、尘肺、矽肺、其他职业性肺疾病？ D. 心血管疾病： 高血压、胸痛、胸闷、心慌、气短；高脂血症或高粘血症；冠心病、心绞痛、心肌梗塞、心包炎、心肌炎、心内膜炎、心肌病、风湿热、风湿性心脏病、甲亢性心脏病；心脏杂音、心律失常、心脏扩大；川崎病、主动脉瘤、动脉硬化、下肢静脉曲张？ E. 消化系统疾病： 呕血、腹痛、便血或黑便、肝区疼痛、黄疸、肝功能异常、肝脾肿大；肝炎、肝炎病毒携带者、肝硬化、肝脓肿、肝内胆管结石；胆囊炎、胆结石、化脓性胆管炎；胰腺炎；慢性胃炎、胃溃疡、十二指肠肠疾病、疝气、溃疡性结肠炎、克隆氏病、结肠疾病、直肠或肛门疾病？ F. 泌尿生殖系统疾病： 血尿、蛋白尿、浮肿；肾炎、肾病综合症、肾盂肾炎、反复泌尿系统感染；肾盂积水、尿路结石、尿路畸形、肾下垂、前列腺增生或肥大；肾外伤；肾功能异常、尿毒症；性传播疾病？ G. 内分泌、代谢疾病： 尿糖阳性、糖尿病、糖耐量异常、痛风、高尿酸血症、肢端肥大症、垂体机能亢进或低下、甲状腺或甲状旁腺机能亢进或低下、肾上腺机能亢进或低下、甲状腺结节或囊肿？ H. 肿瘤： 癌症、肿瘤、肿块、包块、结节、息肉、囊肿、赘生物？ I. 血液系统疾病： 皮下出血点、紫癜、反复鼻或牙龈出血、血小板减少症、白细胞（粒细胞或淋巴细胞）减少症、血友病、贫血、白血病、淋巴瘤、骨髓增殖性疾病？ J. 骨、关节、肌肉、结缔组织疾病： 骨折、骨髓炎、关节红肿或变形、关节疼痛、骨关节炎、关节韧带损伤、股骨头坏死、关节置换；骨质疏松、骨质增生、椎管狭窄、椎间盘突出、脊柱疾病；干燥综合症、系统性红斑狼疮、硬皮病、银屑病、风湿病、类风湿病；肌肉萎缩、肌营养不良、肌病、肌炎？ K. 职业病或中毒： 曾经或正在患有任何《中华人民共和国职业病防治法》规定的职业病、物品中毒？ L. 其他： 淋巴节肿大、脾肿大、原因不明的发热？	是□否□	是□否□	是□否□
06. 您是否有残疾： 视力或听力受损，身体机能异常、缺损、障碍、萎缩或残疾（包括但不限于：智力障碍、失明、聋、哑、跛行、头颅、四肢、手指、足趾、脊柱、胸廓、五官残缺或畸形）？	是□否□	是□否□	是□否□
07. 您是否正在使用或曾经使用止痛药、麻醉剂、镇静安眠剂、迷幻药、有机溶剂等?若“是”，请在说明栏中说明连续使用的时间及使用品牌。	是□否□	是□否□	是□否□
08. 您是否曾经酗酒肇事、酒精中毒?您是否曾经有自伤、自残、自杀行为或服药过量?	是□否□	是□否□	是□否□
09. 家属栏： 您的亲属(祖父母、外祖父母、父母、子女、兄弟姐妹)是否曾经患有或正患有结核病、精神病、高血压、心脏病、乙型肝炎、肝硬化、糖尿病、艾滋病、恶性肿瘤、肠息肉?您的亲属(祖父母、外祖父母、父母、子女、兄弟姐妹)是否有在60周岁前因疾病去世的?	是□否□	是□否□	是□否□
10. 少儿适用：(2周岁及以下) A. 出生时体重___公斤，有无难产、窒息、先天性、遗传性疾病或畸形?是否早产儿?出生后是否入住新生儿病房? B. 有无体重不增或增长缓慢?有无肺炎、抽搐、惊厥、腹泻?	是□否□ 是□否□	是□否□ 是□否□	是□否□ 是□否□

11. 妇女补充告知栏:				
A. 目前是否怀孕, 若“是”, 怀孕___周?		是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
B. 怀孕及生产期间是否有合并症?		是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
C. 是否有子宫、附件、乳腺、阴道等妇科其它疾病?		是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
12. 您的职业是否涉及或接触任何危险物品(放射性物质、腐蚀性物质、爆炸物、有毒物质或其他危险物)、重体力劳动、高空作业、潜水或水下作业、隧道坑道或井下作业及其他危险职业或工作?		是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
13. 您是否参加赛车、赛马、搏击类运动、蹦极、滑雪、攀岩、潜水、探险或特技活动及其它高风险活动的爱好?若“是”, 请在说明栏中告知参加的项目以及每年大约参加的次数。		是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
14. 自保单生效日起有无改变职业?(若有, 请在说明栏内说明目前职业性质、从事时间)		有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>
15. 近半年内被保险人体重改变是否超过10%, 目前的身高_____厘米; 体重___公斤。		是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>

【财务及其它告知】

16. 过去的二年中, 您是否在本地区以外的国家或地区(包括外地或境外)连续居住超过三个月或正在准备出国?		是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
17. A. 您是否有机动车驾驶证?若“是”, 请告知。 B. 您是否曾违章驾车并发生交通事故, 若“是”, 请在说明栏中告知次数、时间、违章类型。		类型___ 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	类型___ 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	类型___ 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
18. 您有无负债?如果“有”, 请在说明栏告知债务情况。		有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>
19. 您固定的年收入为多少? 来源: ①工薪②个体③私营④房屋出租⑤证券投资⑥银行利息⑦其他		___万元 序号___	___万元 序号___	___万元 序号___
20. 您是否投保其它保险公司的下列产品, 被非标准承保或申请过理赔? 产品: ①人寿保险②重大疾病险③住院医疗险④意外险⑤其它保险 其结果为: ①拒保②延期③附加条件或加费承保④提出或已经得到理赔		是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 序号___ 序号___	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 序号___ 序号___	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 序号___ 序号___
21. 您是否拥有以本人作为被保险人的失效寿险保单, (如有, 请说明原因: ①经济困难②资金周转不利或有其它投资③转投其他险种④身体健康, 收入稳定, 风险小, 投保不划算⑤遗忘或疏忽续期交费日期或不熟悉交费方式⑥其它请说明)		有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 序号___	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 序号___	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 序号___

说明 栏	上述健康、财务以及其它各项告知, 若答复“有”或“是”时, 请注明序号及对象(投保人或被保险人), 并在说明栏中详细说明, 如有诊治, 请告知原因、日期、医院名称及诊治结果; 如有负债请告知债务情况。对本投保书及告知内容, 本公司承担保密义务。		
	序号	说明对象	说明内容

声明 栏	本人对上述各项内容均已理解并做了相应的如实告知, 本人同意将此申请书作为原保险合同的一部分, 如有告知不实, 保险公司有权依照条款相关规定解除本保险合同, 对于合同解除前发生的保险事故, 保险公司不承担保险责任。		
	投保人签名: _____		被保险人/监护人签名: _____
	日期: _____年____月____日		日期: _____年____月____日