

健康及财务告知

保单号：_____ 投保人：_____ 被保险人：_____

以下项目回答为“是”时，请在说明栏中写明项目序号，并详细描述，本公司承担保密义务。（申请补充告知时，可根据投保时相应产品的健康告知选择以下对应的告知项，并在下方说明栏详细说明告知事项，本次未勾选的项目视为未做告知。）

请提供“是”或“否”的答案，若被保险人为未成年人，则请被保险人的父母代为回答；如申请投保人豁免保费附加险，请务必填写投保人健康风险声明一栏。	被保险人 是 否	投保人 是 否
投保人：身高_____厘米 体重_____公斤 被保险人：身高_____厘米 体重_____公斤		
1、过去一年内体重是否增/减超过5公斤，若“是”，请详细说明具体原因。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2、您是否吸烟？若是，已吸烟_____年，_____支/天，已戒烟_____年，原因_____。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3、您是否饮酒？若是，已饮酒_____年，_____两/周，种类_____，已戒酒_____年，原因_____。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4、您是否有下列身体残障？若“是”，请详细说明残疾等级、残疾部位、原因、有无功能障碍、是否使用辅助器械：	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4a、★智能障碍、失明、聋或哑、其他中枢神经系统功能障碍？	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4b、★五官或肢体（四肢、手指、足趾）缺损？	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4c、★头颅颜面畸形、脊柱或胸廓畸形、肢体（四肢、手指、足趾）畸形或功能障碍？	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5、是否目前或曾经连续使用止痛药、麻醉剂、镇静安眠剂、迷幻药、毒品、有机溶剂等？若“是”，请在说明栏中告知连续使用时间及药物种类、名称。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6、是否曾经接受或正在接受或准备接受与艾滋病（HIV/AIDS）或性病相关的医疗咨询、检查、治疗？若“是”，请在说明栏告知咨询、检查的原因、时间和结果。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7、是否曾经接受过输血或输注血制品或被建议不宜献血？若“是”，请在说明栏中告知时间及原因。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8、是否正在接受或在过去五年内曾经被医生建议接受下列检查？若“是”，请在说明栏告知检查或治疗项目、原因、时间及结果：血液或尿液化验、心电图、X光、超声波、CT、核磁共振、脑电图、肌电图、内窥镜、心血管造影、活检或其他上述未列举的特殊检查？	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9、您过去五年内是否因任何疾病、症状或身体不适去医院住院检查或治疗（包括入住疗养院、康复医院等医疗机构）？若“是”，请详细说明。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10、目前是否患有或曾经患有或被怀疑有下列症状或下列疾病？	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10a、 脑神经系统及精神疾病： 反复头痛或眩晕、抽搐或惊厥、癫痫、脑血管畸形、脑中风、脑外伤、帕金森氏病或帕金森氏综合症、脊髓疾病、重症肌无力或其他肌肉疾病、多发性硬化症、瘫痪或麻痹、感觉或运动异常、震颤或其他不随意运动、神经痛或神经炎、意识障碍、抑郁或焦虑、精神分裂症及其他神经疾病。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10b、 心脏及血管系统疾病： 心慌、胸痛、胸闷、晕厥、心律失常、心脏杂音、心脏扩大、心力衰竭、心电图异常、心绞痛、高血压、冠心病、心肌梗塞、先天性心脏病、风湿性心脏病或其他心脏瓣膜疾病、心肌炎、心肌病、心内膜炎、心包炎、主动脉瘤、脉管炎或其他心血管疾病。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10c、 呼吸系统疾病： 反复咳嗽咯痰、痰中带血、咯血、气喘、呼吸困难、慢性支气管炎、哮喘、支气管扩张、肺气肿、肺心病、肺结核、胸腔积液、肺炎、胸膜炎、尘肺、肺纤维化及其他呼吸系统疾病。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10d、 消化系统疾病： 呕血、便血、反复发作的腹痛、肝功能异常、黄疸、肝肿大、脂肪肝、肝炎、肝炎病毒携带、肝硬化、肝脓肿、肝囊肿、胆囊或胆管结石或炎症、食道静脉曲张、慢性胃炎、胃或十二指肠溃疡或穿孔、溃疡性结肠炎、克隆病、胰腺炎、痔疮、肛瘘及其他消化系统疾病。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10e、 泌尿系统疾病： 血尿、蛋白尿、浮肿、肾功能异常、肾盂肾炎、肾炎或肾病、肾囊肿、肾积水、尿毒症、肾移植、肾下垂、泌尿系统结石或畸形、前列腺肥大或发炎、尿路感染及其他泌尿系统疾病。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10f、 内分泌、血液系统疾病： 高血糖、糖尿病、高脂血症、痛风、甲状腺或甲状旁腺机能亢进或减退、肾上腺皮质机能亢进或减退、垂体机能亢进或减退、原因不明的皮肤、粘膜或齿龈出血、各类贫血、紫癜、白血病、淋巴结肿大、脾肿大或脾功能亢进、血友病及其他内分泌及血液系统疾病。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10g、 骨骼、关节、结缔组织疾病： 关节红肿或变形、关节疼痛、类风湿性关节炎、强直性脊柱炎、椎间盘突出、椎管狭窄、脊柱裂、股骨头坏死、骨关节炎、硬皮病、系统性红斑狼疮及其他骨骼、关节或结缔组织疾病。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

10h、 五官科疾病 ：视网膜剥离或出血、视神经病变、眼底病变、高度近视800度以上、青光眼、白内障、复视、鼻衄、近期原因不明的声音嘶哑、听力下降、美尼尔病及其他五官科疾病。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10i、 肿瘤和癌症 ：肉瘤、癌、良性肿瘤或尚未证实为良性或恶性之肿瘤、息肉、囊肿、结节、包块、赘生物等。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10j、原因不明的发热、消瘦或体重增加（体重一年内增减超过5公斤）。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10k、职业病、酒精中毒、农药中毒、服药过量或药物中毒、金属中毒、自杀或企图自杀等。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10l、目前或曾经是否患有以上未列举的症状或疾病？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11、 家族病史 ：生父母、亲生子女、具血缘关系的兄弟姐妹是否患有或曾经患有癌症、白血病、心脏病、中风、高血压、糖尿病、精神病、病毒性乙型肝炎或乙肝病毒携带、多囊肾、肠息肉、血友病、其他遗传性疾病等？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12、 16周岁及以上女性补充告知 （若回答是，请在说明栏内详述检查原因、检查项目和结果）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12a、★目前是否怀孕？若“是”，已怀孕_____周。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12b、★是否有孕产先天性疾病儿或畸形儿史或曾有妊娠并发症，如蛋白尿、高血压、糖尿病等？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12c、目前是否有乳房肿块、溃疡、疼痛、血性溢乳或乳房周围淋巴结肿大、疼痛等不适感觉或异常发现？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12d、★目前是否有阴道不规则流血、白带异常、下腹痛等不适感觉或异常发现？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12e、★过去曾否患乳房或者女性生殖系统疾病而接受诊断、治疗、手术或住院护理？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12f、★过去曾否因异常妊娠、分娩而住院治疗或手术（包括剖腹生产）？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12g、★既往是否有习惯性流产、性激素水平异常？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12h、★是否有过不孕病史，近半年是否患有月经不调？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13、 2周岁及以下儿童补充告知 （若回答是，请在说明栏内详细说明）：	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13a、★出生时体重为_____公斤？出生时是否曾有窒息、产伤、呼吸困难等异常情况？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13b、★是否有畸形、发育迟缓、脑瘫、智能障碍、其他残障、反复发热/气喘/腹泻、遗传或先天性疾病？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14、过去一年中是否曾在中国以外的国家或地区连续居住超过一个月或正拟前往其他国家或地区？若“是”，请在说明栏中告知已居住或拟前往的国家或地区名称、已居住或拟居住时间及前往原因。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15、是否参加潜水、滑水、滑翔翼、蹦极跳、跳伞、攀岩运动、探险活动、摔跤、柔道、空手道、跆拳道、马术、拳击的运动或特技表演、赛马、各种车辆表演、车辆竞赛或练习、驾驶卡丁车及其他上述未提及的高风险活动？若“是”，请在说明栏告知被保险人参加的项目及频次。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16、职业是否涉及或接触：1.高空 2.海上 3.潜水或水下 4.隧道坑道或井下作业 5.易燃易爆物、放射性物质 6.其他有毒有害物质或危险职业？若“是”，被保险人职业涉及或接触。（请填写序号）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17、★是否驾驶摩托车？若“是”，请告知摩托车用途： 1.工作时驾驶 2.仅上下班驾驶（请填写序号）_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
★是否曾经违章驾驶机动车并发生交通事故？若“是”，请在说明栏告知日期及事故详情。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18、是否已购买或拟购买其他保险公司的人身保险产品？若“是”，请在说明栏告知投保日期、保额及险种。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
被保险人为未成年人（年龄<18周岁）时告知 ：是否已购买其他保险公司的以死亡为给付保险金条件的人身保险产品？若“是”，请告知各保险合同约定的被保险人死亡给付的保险金额总和：_____万元。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19、是否投保其他保险公司的产品时未被承保、附加条件承保或申请过理赔，若“是”，请在说明栏中详述。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
投保人	固定年收入_____万元，主要收入来源：① <input type="checkbox"/> 工薪 ② <input type="checkbox"/> 私营 ③ <input type="checkbox"/> 证券投资 ④ <input type="checkbox"/> 银行利息 ⑤ <input type="checkbox"/> 房屋租赁 ⑥ <input type="checkbox"/> 其它			
被保险人	固定年收入_____万元，主要收入来源：① <input type="checkbox"/> 工薪 ② <input type="checkbox"/> 私营 ③ <input type="checkbox"/> 证券投资 ④ <input type="checkbox"/> 银行利息 ⑤ <input type="checkbox"/> 房屋租赁 ⑥ <input type="checkbox"/> 其它			
说明栏 （该栏填写满时，可另附纸张填写，并且需投保人/被保险人/法定监护人签名确认）				
序号	说明对象姓名	说明内容		

投保人签名：

被保险人/法定监护人签名：

年 月 日

年 月 日