

银保健康告知

保险单号 投保人 _____ 被保险人 _____ 申请日期：____年__月__日

财务及健康告知信息

填写或回答下列问题，并在选择项后的“□”中打“√”。选“是”者请在“备注栏”中注明问题号码并详细说明。	投保人 是否	被保险人 是否
G1 部分：投保所有银行保险产品均需回答 G1 部分告知询问事项（投保含投保人豁免责任的险种需同时告知投保人项）		
1. 您是否曾患或目前有 G1 部分 (1)–(4) 所列询问事项：		
(1) 您是否曾经或目前患有下列疾病：精神疾病、智力障碍、恶性肿瘤、冠心病、心绞痛、心律失常、先天性心脏病、风湿性心脏病、心肌病、心力衰竭、心肌梗塞、脑血管疾病、重症肌无力、多发性硬化、呼吸衰竭、肺心病、帕金森氏病、肝硬化、肾功能不全、慢性肾炎、再生障碍性贫血、白血病、淋巴瘤、癫痫、慢性酒精中毒、系统性红斑狼疮、阿尔兹海默氏病（老年痴呆症）、肢体残疾、遗传性疾病、艾滋病或艾滋病毒携带者、曾经或正在吸毒。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 您是否从事如潜水、跳伞、滑翔、攀岩、探险、武术比赛、摔跤比赛、特技表演、赛马、赛车、私人性质飞行活动（乘客身份搭乘民航客机除外）等任何带有危险性的活动或有此类嗜好。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 您是否在投保本公司或其他保险公司产品时曾被拒保或延期承保。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) 您是否： a) 职业涉及或接触任何危险物（化学物质、爆炸物、有毒物质）； b) 涉及高空作业、空中或海上作业、潜水或水下作业、隧道坑道或井下作业、特技演员、驯兽员、爆破人员、战地记者、机械加工工业搬运工、电讯电台及电力部门天线设施的制造、安装、维修人员； c) 是现役军、警人员中的下列人员：地面部队人员、海军陆战队人员、水兵、空军飞行员、前线军人、特种部队人员、防爆警察及负有特殊任务者； d) 是曲棍球、橄榄球球员、滑雪教练、滑雪运动员； e) 正在或计划参加私人飞行、赛车、竞马、潜水、登山攀岩或从事危险性运动。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 被保险人不满 18 周岁需要告知此项：您目前是否已有或正在申请除本公司以外的人身保险？ 若是，被保险人累积已承保且有效的和正在申请保单保额_____万		<input type="checkbox"/>
G2 部分：如果您投保银行保险重疾或医疗险产品，请继续回答 G2 部分告知询问事项		
3. 被保险人是否已拥有下列类型的医疗保险：社会医疗保险、公费医疗、其他费用补偿性医疗保险		<input type="checkbox"/>
4. 被保险人是否曾患或目前患有 G2 部分 (1) — (4) 所列症候和疾病：		
(1) 过去一年内是否曾因疾病接受连续七天以上或累计超过一个月以上的门诊治疗或住院治疗。		<input type="checkbox"/>
(2) 过去的六个月内是否连续三周有下列症状或不适：体重下降超过 5 公斤、淋巴结肿大、不明原因出血、心悸、胸闷、头痛眩晕、腹痛腹泻。		<input type="checkbox"/>
(3) 被保险人过去投保人寿保险、人身意外或健康保险时，曾否被拒保、延期、加费或作任何形式的修改。		<input type="checkbox"/>
(4) 被保险人是否有过下列症状、曾被告知患有下列症疾病或接受治疗： a) 胸部疼痛、心脏杂音、脉搏不正常、高血压（指收缩压 > 140mmHg，舒张压 > 90mmHg，或其中一项超过以上值）、动脉粥样硬化、冠心病、心肌梗塞、心肌肥厚、先天性心脏血管病、主动脉瘤、心脏瓣膜病、风湿性心脏病、风湿热、肺心病、心肌炎、心内膜炎、心律失常、传导阻滞、心包炎以及其他心血管疾病； b) 脑中风（脑出血、脑梗塞）、脑瘤、脑血管瘤、脑动静脉畸形、短暂性脑缺血、脑炎、脑膜炎以及其他脑部疾病； c) 精神病、抑郁症、神经官能性疾病、多动症、癫痫、肢体麻木、脊髓炎、多发性硬化、肌肉萎缩症、重症肌无力、帕金森氏病、肝豆状核变性以及其他神经精神疾病； d) 久咳、咯血、慢性支气管炎、肺气肿、支气管扩张、尘矽肺、肺大泡、肺脓疡、肺栓塞、肺结核、哮喘、胸膜炎、气胸以及其他呼吸系统疾病； e) 肝炎、肝炎病毒携带、肝脓疡、黄疸、肝硬化、胰腺疾病、慢性胃炎、肠炎、消化道溃疡或出血、穿孔、溃疡性结肠炎、疝、肠梗阻、肝痔疮等其它肛肠疾病以及其他消化系统疾病； f) 肾炎、肾结石、肾小球疾病、肾病综合症、肾功能衰竭、尿毒症、肾囊肿、肾结核、泌尿系感染、输尿管结石以及其他泌尿系疾病； g) 癌症、肿瘤、腺瘤、息肉、囊肿、血管瘤以及其他包块或肿物； h) 再生障碍性贫血、白血病、血友病、紫癜症、贫血、淋巴腺疾病、脾脏疾病以及其他血液和淋巴系统疾病； i) 糖尿病、高血脂症、痛风、甲状腺疾病、甲状旁腺疾病、肾上腺疾病、肢端肥大症、脑垂体异常以及其他内分泌、代谢疾病； j) 类风湿性关节炎、风湿病、椎间盘脱出、骨骼关节肌肉疾病、红斑狼疮、结缔组织病、白赛氏病、免疫性疾病、自体免疫性疾病、免疫缺陷病（艾滋病或艾滋病毒携带）； k) 白内障、青光眼、视神经或视网膜病变、中耳炎、鼻中隔偏曲、鼻息肉及其他耳鼻喉、口腔科疾病； l) 多囊肝、多囊肾以及其他先天性、遗传性疾病、脑外伤后遗症、内脏损伤、中毒、皮肤病、性传播疾病；	<input type="checkbox"/>	

(5) 您是否曾经吸烟、饮酒? 若“是”曾经吸烟、饮酒, 何时何种原因停止吸烟、饮酒?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) 您有无职业病, 如尘肺、矽肺、石棉肺、各种慢性中毒等?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7) 您五年内是否做过血常规、肝功能、心电图、超声波、脑电图、肌电图、内窥镜、心血管造影、X光、CT、活组织检查、血液检验或其他特殊检查, 若“是”请告知检查原因及检查结果。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8) 您的父母、子女、兄弟姐妹是否患有肾病、心脏病、高血压、多发性硬化、肝硬化、糖尿病、精神病、结核病、白血病、瘫痪、肌肉萎缩症、切除任何囊肿或增生物、癌症或曾被发现为任何肝炎, 或肝炎病毒携带者? 是否有早于 60 岁以前去世者?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(9) 被保险人是否存在以下情况: 您有无智力障碍, 是否失明、聋哑、跛行; 有无脊柱、胸廓、四肢、头面部、口腔、手指、足趾等畸形、缺损或者功能障碍; 有无语言、咀嚼、吞咽、视力、听力、视野、嗅觉、中枢神经系统功能障碍; 有无脏器、器官、皮肤结构缺失。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 男性适用: 被保险人曾否患前列腺炎、前列腺肥大、睾丸或者附睾肿大、隐睾症、精索静脉曲张以及睾丸、阴茎、输精管缺失或者缺损等男科疾病。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 女性适用:				
(1) 被保险人是否怀孕? 若“是”, 被保险人已怀孕 _____ 周?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 被保险人是否患任何乳房或产科病症或妇科病症?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 被保险人曾否建议做宫颈涂片、乳房检查、乳房 X 光检查或乳房活组织检查? 若“是”请提供检查结果;			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 投保人身高 _____ 厘米 体重 _____ 公斤, 被保人身高 _____ 厘米 体重 _____ 公斤				
8. 投保人每年收入约 _____ 万, 主要来源: <input type="checkbox"/> 工薪 <input type="checkbox"/> 私营 <input type="checkbox"/> 证券投资 <input type="checkbox"/> 银行利息 <input type="checkbox"/> 农业收入 <input type="checkbox"/> 其他				
9. 被保险人每年收入约 _____ 万, 主要来源: <input type="checkbox"/> 工薪 <input type="checkbox"/> 私营 <input type="checkbox"/> 证券投资 <input type="checkbox"/> 银行利息 <input type="checkbox"/> 农业收入 <input type="checkbox"/> 其他				

告知栏:

序号	告知内容

被保险人声明: 本人对上述各项内容均已理解并做出了相应的如实告知, 且告知内容均完整、真实。如有隐瞒或日后发现与事实不符, 即使保险单签发, 贵公司仍可依法解除本保险合同, 不负给付保险金责任。

投保人签名:

被保险人或监护人签名:

年 月 日

年 月 日