

个险健康告知

保险单号 投保人 被保险人 申请日期: 年 月 日

财务告知 (投保人、被保险人均需填写)

告知事项	投保人 是 否	被保人 是 否
1. 投保人每年收入约 _____ 万元, 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: _____		
2. 被保险人每年收入约 _____ 万元, 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: _____		
3. 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, 被保险人累计已承保且有效的和正在申请保单保额 _____ 万; 投保人累计已承保且有效的和正在申请保单保额 _____ 万;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. 您在过去投保人身保险时, 或在申请保全复效时, 曾否被拒保、延期、加费或对条款做特别约定, 或申请过理赔?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. 您曾否参与赛车、潜水、跳伞、或其他有危险性体育运动或有以上运动嗜好?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. (1) 您是否持有摩托车驾照? (2) 有无交通事故记录? 如“是”, 请在告知栏详细说明。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. 您是否有私家车辆?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. 您在过去三年内曾否在其他国家居住或是在未来一年内有此计划?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. 有无其它声明:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

健康告知 (如不涉及投保人保费豁免责任, 则投保人健康信息告知栏无须填写)

10. (被保险人) 身高 _____ 厘米 体重 _____ 公斤, (投保人) 身高 _____ 厘米 体重 _____ 公斤。		
11. 您曾否使用任何成瘾药物、麻醉剂或接受戒毒治疗?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12. 您目前是否吸烟? 若“是”, (被保险人) 已吸烟 _____ 年, 每天 _____ 支? (投保人) 已吸烟 _____ 年, 每天 _____ 支?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13. 您是否习惯性饮酒? 若“是”, (被保险人) 已饮酒 _____ 年? 饮酒量: 白酒 _____ 两/日, 啤酒 _____ 瓶/日; (投保人) 已饮酒 _____ 年? 饮酒量: 白酒 _____ 两/日, 啤酒 _____ 瓶/日。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14. 您是否曾经吸烟、饮酒? 若“是”曾经吸烟、饮酒, 何时因何种原因停止吸烟、饮酒?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15. 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"/>
16. 您或您的配偶是否为艾滋病病毒或艾滋病毒携带者。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
17. 您在过去六个月内是否持续超过一星期有下列病症: 疲倦、体重下降、食欲不振、盗汗、腹泻、淋巴结肿大或不寻常之皮肤溃烂?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
18. 您是否接受过手术治疗? 五年内是否接受过门诊治疗或住院治疗? 医生是否建议服药、检查?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
19. 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? 如“是”, 则请告知检查原因及结果。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
20. 您是否曾患有或被告知患有下列症状或疾病? 若“是”, 请注明疾病名称、症状、医院名称、治疗时间和结果:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(1) 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。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(2) 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。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(3) 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。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(4) 久咳、咯血、肺炎、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。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(5) 肝炎、肝炎病毒携带、脂肪肝、肝内结石、胆结石、胆囊炎、肝脓疡、黄疸、肝硬化、肝囊肿、肝功异常、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、痔疮等其它肛肠疾病以及其他消化系统疾病。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(6) 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。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(7) 癌症、肿瘤、腺瘤、息肉、囊肿、血管瘤以及其他包块或肿物。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(8) 再障、淋巴瘤、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。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(9) 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。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(10) 类风湿性关节炎、风湿病、强直性脊柱炎、椎管狭窄、脊柱裂、股骨头坏死、骨关节炎、股营养不良症、不明原因的肌肉萎缩、干燥综合症、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)。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

(11) 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、扁桃体炎以及其他耳鼻喉、口腔科疾病。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(12) 多囊肝、多囊肾以及其他先天性疾病、遗传性疾病、脑外伤后遗症、内脏损伤、中毒。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(13) 皮肤病、性传播疾病。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. 身体残疾情况：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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. 您的父母、子女、兄弟姐妹是否曾患有肾病、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 岁以前辞世者？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
妇女适用：				
23. 您现在是否怀孕？若“是”，（投保人）已怀孕 _____ 周？（被保险人）已怀孕 _____ 周。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. 您曾否患任何乳房或产科病症或妇科病症？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. 您曾否被建议做重复的宫颈涂片、乳房检查、乳房 X 光检查或乳房活组织检查？如是请提供结果。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
男性适用：				
26. 您曾否患前列腺炎、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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
两周岁以下少儿（含两周岁）补充告知栏：				
27. 出生身高 _____ cm，体重 _____ kg。				
28. 是否早产、剖腹产、难产、过期产；有无先天性疾病、遗传性疾病或畸形；有无体重不增或增长缓慢；有无肺炎、抽搐、腹泻、新生儿黄疸等疾病。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. 有无正常按时接种？若“无”请说明原因。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. 您过去是否曾患或目前患有第 11-29 项未列举的症候或疾病。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

告知栏

序号	告知对象	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