

## 健康及财务告知书

保险合同号		保全受理号	
投保人		被保险人	

**财务及其他状况告知（若选择“是”请在“说明栏1”中予以说明；如果投保产品中有对投保人的保障责任，投保人告知栏必须填写）**

1	<b>被保险人：</b> 每年固定收入 _____ 万元 <b>投保人：</b> 每年固定收入 _____ 万元 家庭负债/借款 _____ 万元                      家庭负债/借款 _____ 万元	被保险人	投保人
2	a. 您目前在其他保险公司是否有人身保险合同或正在申请投保人身保险？若“是”，请在“说明栏1”内注明投保险种、保险金额及保险公司。 b. (18周岁以下填写) 被保险人在其他保险公司投保上述保险的身故保额合计为 _____ 万元。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
3	过去是否被保险公司解除合同或在投保、复效时被延期、拒保、附加条件承保？若“是”，请在“说明栏1”内注明保险公司、险种、原因。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
4	是否有过任何形式的人身保险理赔？若“是”，请在“说明栏1”内注明保险公司、险种、索赔金额及索赔原因。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5	是否正在或试图参加骑马、赛车、登山攀登、潜水、跳伞、驾驶航空机具等危险性运动或有此类嗜好？若“是”，请在“说明栏1”内详细说明。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
6	从事的职业是否涉及或接触任何危险物（化学物质、爆炸物、有毒物质或其他危险物）、高空作业、潜水作业、隧道作业或井下作业？若“是”，请在“说明栏1”内详细说明。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
7	是否在国外持续居住超过三个月或正准备出境？若“是”，请在“说明栏1”内注明居住的国家或地区及居住时间，或准备前往的国家或地区及居住时间（停留时间）。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
8	是否拥有公费医疗或社会医疗保险？如“是”，请选择对应序号：被保险人 _____ （备选项：①公费医疗 ②城镇职工、居民医疗 ③新农村合作医疗）	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<b>说明栏1 (财务及其他状况告知第2项至第7项，若告知为“是”，请在本栏内详细说明)：</b>			

**健康状况告知（若选择“是”请在“说明栏2”中予以说明；如果投保产品中有对投保人的保障责任，投保人告知栏必须填写）**

	<b>被保险人：身高 _____ 厘米，体重 _____ 公斤</b>	<b>投保人：身高 _____ 厘米，体重 _____ 公斤</b>	被保险人	投保人
9	您在最近六个月内是否有下列身体不适症状？ ①长期咳嗽咳痰、声音嘶哑、痰中带血、咯血；②胸闷、胸痛、心慌、气喘、气短、呼吸困难；③吐血、大便带血、黑便、反复腹痛、恶心、反酸、呕吐、腹泻；④反复尿频、尿痛、血尿、腰痛、外生殖器溃疡；⑤反复皮下出血、鼻腔出血、牙龈出血、发热、持续疲倦；⑥晕倒、意识不清、视力下降、抽搐、反复头痛、头晕；⑦半年内体重增加或减少5公斤以上；⑧关节红肿、疼痛、活动受限。		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
10	您是否吸烟？若“是”，（被保险人）吸烟 _____ 年，每天 _____ 支；（投保人）吸烟 _____ 年，每天 _____ 支。若已停止吸烟，请在“说明栏2”内说明停止吸烟的原因及时间。		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
11	您是否每天或每星期饮白酒？若“是”，请详述： （被保险人）饮白酒 _____ 年，平均每天饮酒量 _____ 两；（投保人）饮白酒 _____ 年，平均每天饮酒量 _____ 两。 若已停止饮酒，请在“说明栏2”内说明停止饮酒的原因及时间。		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
12	您是否曾患有下列疾病或因下列疾病接受检查或治疗？			
a	失明、视网膜出血或剥离、视神经炎、青光眼、白内障、眼底病变、视野缺失、屈光度1000度以上、聋哑、中耳炎、梅尼氏病或其他眼、耳、鼻、喉或口腔疾病？		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
b	精神病、脑炎、脑膜炎、脑瘤、脑血管畸形或脑血管瘤、脑中风、癫痫、帕金森氏病、多发性硬化、脊髓灰质炎、脊髓炎、瘫痪、头部外伤或其他脑部之疾病或神经系统之疾病？		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
c	高血压、动脉硬化、冠心病、心肌梗塞、心肌病、心脏瓣膜疾病、主动脉瘤、下肢静脉曲张或其他心脏和血管疾病？		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
d	慢性支气管炎、哮喘、支气管扩张症、肺气肿、肺脓肿、肺栓塞、肺结核、肺膜炎、尘肺、矽肺或其他呼吸器官之疾病或肺部之疾病？		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
e	消化道溃疡、消化道出血、穿孔、疝气、结肠炎、胰腺炎、肝脾肿大、肝功异常、肝炎、病毒性肝炎携带者、肝硬化、胆道结石、胆囊结石、胰腺炎或其他有关肝、胆、胰腺、胃、小肠、结肠、直肠或肛门之疾病？		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
f	泌尿系统结石、畸形、肾炎、肾病综合症、肾功能不全、前列腺肥大或其他生殖泌尿系统之疾病或性传播疾病？		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

g	糖尿病、糖耐量异常、痛风、甲状腺疾病、脑垂体疾病、肾上腺疾病或其他内分泌代谢疾病？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
h	风湿热、红斑狼疮、类风湿、椎间盘突出、关节置换或任何脊椎、骨关节、肌肉组织、结缔组织等疾病？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
i	贫血、白血病、再生障碍性贫血、血友病、脾功能亢进或任何血液系统之疾病或脾脏之疾病或淋巴之疾病？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
j	癌症、肉瘤、肿瘤、肿块、囊肿或息肉？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
k	患有任何皮肤疾病或任何职业病？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
l	有任何身体残疾、肢体缺失、先天性疾病或智力功能障碍？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
m	是否打算或正在或过去五年内曾在任何医院、诊所接受诊断性检查，如X光、超声波、CT、核磁共振、心电图、活体检查、验血、验尿、艾滋病毒（HIV）的检验等，并且检查结果提示异常（如有，请提供诊断报告）？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
n	是否接受任何外科手术治疗或住院进行诊治？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
o	有无使用镇静安眠剂、迷幻药及其他违禁药物或吸食有机溶剂、毒品，或有酒精中毒、药物中毒？有无对某药物过敏史？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
<b>13、家族史：</b>								
a	父母、子女、兄弟姐妹是否患有心脏病、中风、高血压、肾脏疾病、癌症、血友病、糖尿病、甲状腺疾病、高血脂症、风湿性疾病、精神疾患、肺结核、哮喘、病毒性肝炎、性病、艾滋病等疾病？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
b	直系亲属中是否有60岁前去世的？若“是”，请在“说明栏2”内说明原因。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
<b>14、少儿告知栏（2周岁（含）以下儿童填写）：</b>								
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？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
b	有无体重不增或增长缓慢？有无肺炎、抽搐、腹泻等疾病？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
<b>15、女性告知栏（14周岁（含）以上者填写）：</b>								
a	现在是否怀孕？若“是”，已怀孕_____月。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
b	是否有任何乳房、子宫、卵巢之疾病或其他妇科病症或分娩前后期综合症？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
c	是否被建议重复做宫颈涂片、乳房检查、乳房X光检查或乳房活体检查？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
<b>说明栏2（上述第9项到第15项中，若选择“是”，请按下列要求详细说明）</b>								
序号	说明对象	疾病名称	发病时间	是否诊治	接受诊治或住院	医院名称	诊断结果	目前状况
					住院时间			

声明：本告知书上各询问事项本人均已如实回答，如有隐瞒或告知不实，贵公司可依据《中华人民共和国保险法》规定解除保险合同，并对合同解除前发生的保险事故不承担给付责任。

投保人签名：

被保险人或法定监护人签名：

签署日期： 年 月 日

签署日期： 年 月 日

**注意：以上签名栏必须由签名人亲笔签名。**