

健康、财务及其它告知书

保单号码:

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实处?	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
02. 是否目前吸烟或曾经吸烟?若是,请告知。 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 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	__支/天__年 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	__支/天__年 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
03. 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 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
04. 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 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
05. 您是否曾经接受过输血及血制品,或曾被拒绝献血?若“是”,请在说明栏中告知时间及原因。	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
06. 原保单生效日起至今是否有新发的或以往既有的任何身体不适症状或体症?	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
07. 原保单生效日起至今是否去医院进行过门诊的检查、服药、手术或其他治疗?	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
08. 原保单生效日起至今接受的健康检查结果有无异常或被医师建议接受其他检查?	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>
09. 原保单生效日起至今是否曾住院检查或治疗(包括入住疗养院、康复医院等医疗机构)?	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
10. 原保单生效日起至今是否曾患有疾病?	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
11. 是否有智能障碍、五官、脊柱、胸廓、四肢、手指、足趾缺损或功能障碍?请在说明栏说明功能障碍等级;残疾部位(哪侧)、原因、有无功能障碍、是否使用辅助器械。	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. 妇女补充告知栏: A.目前是否怀孕,若“是”,怀孕__周? B.怀孕及生产期间是否有合并症? 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"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	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. 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,您是否在本地以外的国家或地区(包括外地或境外)连续居住超过三个月?若“是”,请告知居住的国家或地区及居住时间。	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. 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__
22. 您是否在其他保险公司曾经购买或正在同时购买人身保险(如意外险、健康或医疗保险、重大疾病保险或人寿保险)? 如为是,请填写您的人身险身故保险金额累计: 重大疾病保险金额累计:	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> __万元 __万元	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> __万元 __万元	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> __万元 __万元

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		
-----	--	--	--