

既往投保/理赔询问问卷

被保险人姓名：_____

1. 您是否存在既往投保（或目前正在申请）且核保结论为加费、责任除外、延期、拒保？

否，不存在既往次标体记录

是，请依下列格式逐条告知：

（1）险种类型（寿险/重疾险/防癌险/医疗险/意外险/理财险） / （2）投保时间（年/月/日） / （3）保险公司 / （4）投保保额 / （5）核保结论（加费/责任除外/延期拒保） / （6）具体原因

示例： 重疾险 / 2023年8月8日 / 君龙人寿 / 50万 / 责任除外 / 甲状腺结节

2. 您是否存在既往理赔记录或正在申请理赔？

否，均不存在

是，请详细告知：

（1）险种类型（寿险/重疾险/防癌险/医疗险/意外险/理财险） / （2）理赔时间（年/月/日） / （3）申请理赔原因 / （4）理赔结论（获赔/未获赔） / （5）如未获赔，请说明未获赔原因

示例： 重疾险 / 2023年8月8日 / 乳腺癌 / 获赔

3. 除上述外，您是否还有其它健康异常情况需要补充说明：

无

有，请说明：_____

重要提醒：如有上述相关的核保决定通知证明、理赔决定通知证明、就诊门诊病历、住院病历、检查/体检报告、病理报告等，请一并提供。

声明及授权：1、本问卷是核保评估的重要组成部分，上述各项回答均属实，如有知情不告的情况，贵公司有权依法解除保险合同，并对保险合同解除前的保险事故不承担保险责任。 2、本人授权贵公司可以根据本人在本问卷中告知的事项从任何单位、组织和个人就有关保险事宜查询、索取与本人有关的资料和证明，贵公司对本人的个人资料承担保密义务。

投保人签名：_____ 被保险人/监护人签名：_____ 年____月____日