



个人告知书

申请提交人姓名：	保单号：			
告知对象（请选择）：	<input type="radio"/> 投保人 <input type="radio"/> 被保险人	姓名：		
询问事项		告知对象 是 否		
1. A. 身高_____厘米 B. 体重_____公斤 C. 过去一年内体重：增/减_____公斤 D. 原因_____				
2. A. 您是否吸烟或曾经吸烟，若“是”，请详述：_____年、_____支/天； 若现已停止吸烟，请说明停止吸烟原因及时间：_____		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
B. 您是否目前饮酒或曾经饮酒？若“是”，请告知每周饮酒量和饮酒年限，请详述：_____年、_____两/每周、_____种类。酒的种类有：①啤酒 ②葡萄酒 ③黄酒 ④白酒或洋酒等。		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
C. 您是否已戒酒，若“是”，请详述戒酒时间及原因：_____		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
3. 您是否曾有滥用药物或服用毒品？		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
4. 您目前或过去一年内是否去医院进行过门诊的检查、服药、手术或其他治疗？		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
5. 您过去三年内是否曾有医学检查（包括健康体检）结果异常？		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
6. 您过去五年内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）？		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
7. 您是否目前或过去一年内曾有过下列症状？ 反复头痛或眩晕、晕厥、咯血、胸痛、呼吸困难、呕血、黄疸、便血、听力下降、耳鸣、复视、视力明显下降、原因不明皮肤病和粘膜及齿龈出血、原因不明的发热、体重下降超过5公斤、原因不明的肌肉萎缩、原因不明的包块或肿物、身体的其他感觉异常或活动障碍。		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
8. 您是否曾经有下列症状、曾被告知患有下列疾病或接受治疗下列疾病：		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
A. 脑、神经系统及精神方面疾病 ，例如：癫痫、脑中风、脑炎、脑膜炎、脑血管瘤、运动神经元病、阿尔茨海默氏症、帕金森氏综合症、脊髓疾病、重症肌无力、多发性硬化、抑郁症、精神病、脑部手术史。		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
B. 心血管系统疾病 ，例如：高血压、冠心病、心绞痛、心律失常、心肌梗塞、先天性心脏病、风湿性心脏病、心肌病、室壁瘤、动脉瘤、心脏瓣膜病、主动脉疾病、下肢静脉曲张。		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
C. 呼吸系统疾病 ，例如：慢性支气管炎、肺气肿、肺心病、哮喘、肺结核、肺栓塞、支气管扩张、尘肺、间质性肺病、肺纤维化。		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
D. 消化系统疾病 ，例如：胃和/或十二指肠溃疡、胰腺炎、肝炎（请注明类型）、乙肝或丙肝病毒携带、多囊肝、肝内胆管炎、肝硬化、胆结石、慢性或溃疡性结肠炎、克隆病、腹部手术史。		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
E. 泌尿系统疾病 ，例如：血尿、蛋白尿、尿路畸形、肾炎、肾病、肾脏功能不全、尿毒症、肾移植、肾积水、肾囊肿、泌尿系统结石、泌尿系统手术史。		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
F. 骨骼、肌肉、结缔组织的疾病 ，例如：类风湿性关节炎、强直性脊柱炎、椎管狭窄、脊柱裂、股骨头坏死、骨性关节炎、骨髓炎、皮炎、肌营养不良症、干燥综合症、系统性红斑狼疮。		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
G. 内分泌、血液系统、免疫系统疾病 ，例如：糖尿病、痛风、甲状腺或甲状旁腺疾病、白血病、血友病、再生障碍性贫血、地中海贫血、艾滋病或艾滋病病毒（HIV）携带。		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
H. 五官科疾病 ，例如：视网膜出血或剥离、青光眼、白内障、高度近视（800度以上）、美尼尔病、五官手术史。		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
I. 以上未提及的肿瘤 ，包括：肉瘤、癌、良性肿瘤、息肉、囊肿。		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
9. 您是否有智能障碍？是否有失明、聋哑及言语、咀嚼或身体其他部位缺损、残疾或功能障碍？ 若“是”，请在说明栏说明智能障碍等级、残疾部位（哪侧）、原因、有无功能障碍、是否使用辅助器械。		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
10. 您的父母、子女、兄弟姐妹是否有患癌症、心脑血管病症、白血病、血友病、糖尿病、多囊肝、多囊肾、肠息肉或其他遗传性疾病？（若是，请在下表告知）		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
患病对象	所患疾病名称	患病时年龄	生存情况	身故时年龄
		周岁	<input type="checkbox"/> 健在 <input type="checkbox"/> 身故	周岁
		周岁	<input type="checkbox"/> 健在 <input type="checkbox"/> 身故	周岁
11. 女性告知事项（适用于≥14周岁）：		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
A. 您是否目前怀孕？若“是”，怀孕_____周。		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

B. 您怀孕及生产期间是否有合并症？例如：蛋白尿、高血压、糖尿病、宫外孕等。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. 您是否曾有阴道异常流血、畸胎瘤、葡萄胎、盆腔炎或其他任何乳房、子宫、卵巢的疾病？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 少儿告知事项（适用于≤2周岁被保险人）：A. 出生时体重_____公斤。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. 是否为双胞胎或多胞胎？是否为早产、难产？出生时是否曾有产伤、窒息等异常情况？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. 是否有畸形、发育迟缓、惊厥、抽搐、脑瘫、先天性或遗传性疾病？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
若03-12项健康告知中如有任何回答为“是”时，请注明说明对象（投保人或被保险人）并详细说明。		
序号	说明对象	疾病名称
		发病时间
		是否住院
		接受的检查和治疗
		诊疗医院
		最后一次治疗时间
		目前状况

其他告知

询问事项		告知对象
		是 否
1. 每年固定收入约：_____万元，负债_____万元； 若被保人已拥有下列类型的医疗保险，请选择（可多选） <input type="checkbox"/> 公费医疗 <input type="checkbox"/> 社会医疗保险 <input type="checkbox"/> 其他费用补偿型医疗保险_____		
2. 主要收入来源：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其它请说明		序 号
3. 您的职业是否涉及或接触任何危险物（化学物质、爆炸物、有毒物质或其它危险物）室外作业或重体力劳动、高空作业、潜水或水下作业、隧道坑道或井下作业及其它危险职业或工作？		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. 您是否是现役军、警人员？若“是”，请详述：		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. 您是否正在或试图参加私人性质飞行、赛车、竞马、潜水、登山攀岩或从事其它危险性运动？若“是”，请填妥相关问卷，连同此单一并交回本公司。		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. a. 您是否持有有效机动车驾驶证？若“有”，请填写驾照类型：_____，如拥有摩托车驾照，请回答 b. 拥有有效摩托车驾照且仅使用摩托车作为上下班的交通工具。 c. 您是否因驾车而发生过意外交通事故？若“是”，请详述：		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. 您的户籍所在地与投保地是否为同一地，若“否”，请回答：		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
a. 您在投保地居住时间：	<input type="checkbox"/> <1年 <input type="checkbox"/> ≥1年	
b. 您有投保地的：	<input type="checkbox"/> 居住证 <input type="checkbox"/> 暂住证	
c. 您来投保地的目的：	<input type="checkbox"/> 工作 <input type="checkbox"/> 探亲 <input type="checkbox"/> 旅游 <input type="checkbox"/> 其它_____	
d. 在投保地的住所	<input type="checkbox"/> 单位宿舍 <input type="checkbox"/> 租借，租金_____元/月 <input type="checkbox"/> 借住亲戚 <input type="checkbox"/> 投保地购房	
8. 您是否在国外（包括港澳台）持续居住超过三个月或正准备出国者，若“是”，请详述：		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. 您是否已购买、正在或准备购买人寿保险、人身意外险或健康保险？若“是”，请详述：		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
公司名称	1.	2.
险 种		
保险金额		
投保日期		
10. 您的人寿保险、人身意外或健康保险的投保申请是否曾被拒保、延迟、加费或作任何形式的修改？ 若“是”，请详述：		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11. 您是否曾经向任何保险公司提出索赔申请？若“是”，请详述事故原因以及索赔结果：		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>1. 投保人贵公司的代理人已经向本人详细解释了投保险种的保险责任及责任免除条款，对于保险期间为一年期的险种，在续保前需经贵公司审核通过后方能生效，否则，该合同到期终止，本人对上述事项已经充分了解并且同意遵守；</p> <p>2. 本人确认以上所做的各项声明和陈述、与保险合同有关的各份答卷及文件均完全属实无误，所有陈述均可作为贵公司判断是否能够承保的依据并成为保险合同的一部分。若不属实，贵公司可以依法解除本合同；</p> <p>3. 所有保险责任以合同所载为准，除由贵公司经正式程序修改或批注的内容外，其它任何人的口头及书面陈述、报告或合约，贵公司无需负责；</p> <p>4. 若本人接受贵公司签发的保险单及任何经本人签署的文件，均视为本人承认贵公司在保单内的批注或任何附加及更改；</p> <p>5. 本人授权贵公司在审核本人申请时根据需要，委派医师或指定医疗机构安排进行体检、血液尿液化验及其它项目的检查；</p> <p>6. 本人授权贵公司在审核本人申请时可以向任何医生、医院、诊所、保险公司或任何组织单位，就有关事宜，查询有关投保人及被保险人的资料或索取其它有关证明文件；</p> <p>7. 贵公司应对本人的健康资料、财务资料及其它所提供的资料进行保密，不得向他人泄露。但是政府机关或司法部门根据法律规定提出需要而披露者不在本款限制之内；</p> <p>8. 除本人申请终止外，本人接受贵公司根据续保条件对一年期险种提供自动续保；</p> <p>9. 对于保险期间为一年期的险种，若贵公司未收到本人不再继续投保的书面申请，可视为本人申请下一保险年度继续投保。</p>		<p>_____</p> <p>申请提交人签名</p> <p>_____</p> <p>告知对象签名</p> <p>_____</p> <p>签署日期 年/月/日</p>