

君龙人寿保险有限公司

高额件核保前置咨询申请表

业务员资料			
姓名:	代码:	部组:	联系方式:
姓名:	代码:	部组:	联系方式:

客户资料					
被保险人	姓名:	性别:	年龄:	联系方式:	身高体重:
	职业:		身份证号:		
	工作单位:				
投保人	姓名:	性别:	年龄:	联系方式:	与被保人关系:
	职业:		身份证号:		
	工作单位:				
身故受益人	姓名:	性别:	年龄:	与被保人关系:	

保险计划						
保险经历		如曾在本公司投保过,请填写保单号:				
本次投保计划	主险	险种	保额/份额	保险期	交费期	交费额
	附险					

温馨提示:

- 1、 本前置咨询表仅作为业务同仁为准客户设计投保计划时事先咨询核保意见使用,本申请表非正式投保要约,公司不承担咨询期间的保险责任。
- 2、 核保咨询意见基于业务同仁在《个人告知书》反馈的客户实际情况与提供的相关资料,请认真填写。如反馈的客户健康/财务情况或资料有误,则核保咨询意见无效。
- 3、 前置咨询操作具体事宜,请咨询分支机构运营部/综合支援部。

业务员签字:

年 月 日

个人告知书

询问事项					投保人		被保险人	
					是	否	是	否
01 您是否目前吸烟或曾经吸烟？若“是”，请告知每日吸烟量和吸烟年限。 您是否已戒烟，若“是”，请详述戒烟时间及原因_____。					☐	☐	☐	☐
					支/天	年	支/天	年
02 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。 酒的种类有：①啤酒 ②葡萄酒 ③黄酒 ④白酒或洋酒等。 您是否已戒酒，若“是”，请详述戒酒时间及原因_____。					☐	☐	☐	☐
					种类： 两/周 年	种类： 两/周 年		
03 您是否曾有滥用药物或服用毒品？					☐	☐	☐	☐
04 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？					☐	☐	☐	☐
05 您过去三年内是否曾有医学检查（包括健康体检）结果异常？					☐	☐	☐	☐
06 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）？					☐	☐	☐	☐
07 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。					☐	☐	☐	☐
08 您是否目前患有或过去曾经患过下列疾病或手术史？ 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。 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。 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。 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。 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。 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。 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。 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。 I. 以上未提及的肿瘤 ，包括：肉瘤、癌、良性肿瘤、息肉、囊肿。					☐	☐	☐	☐
09 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。					☐	☐	☐	☐
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）					☐	☐	☐	☐
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	☐ 健在 ☐ 身故	周岁				
		周岁	☐ 健在 ☐ 身故	周岁				
11 女性告知事项（适用于≥14 周岁）： A. 您是否目前怀孕？若“是”，怀孕_____周。 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。 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？					☐	☐	☐	☐
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。 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？ 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？							☐	☐
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

财务及其它告知

询问事项					投保人		被保险人	
					是	否	是	否
13 您固定的年收入为多少万元？					万元		万元	
14 A. 您是否有机动车驾驶证？若“有”，请告知驾照的类型_____。					☐	☐	☐	☐
B. 您是否曾违章驾车并发生交通事故？若“是”，请详述次数、时间、违章类型_____。					☐	☐	☐	☐
15 您是否有参加赛车、赛马、搏击类运动、攀岩、潜水、滑雪、蹦极、飞行、探险、特技活动及其它高风险活动的爱好？若“是”，请详述参加的项目以及每年大约参加的次数_____。					☐	☐	☐	☐
16 A. 在过去的两年中，您是否在本地区以外的国家或地区（包括外地或境外）连续居住超过三个月？若“是”，居住的国家或地区：_____，居住时间_____个月。					☐	☐	☐	☐
B. 未来一年，您是否计划出国？若“是”，请说明计划前往的国家或地区_____，目的_____，居住时间_____个月。					☐	☐	☐	☐
17 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”请详述（如内容较多请填写于备注栏）					☐		☐	
对象	投保时间	保险公司	险种名称	保险金额				
18 您是否投保其他保险公司的下列产品时，被非标准体承保或申请过理赔？					☐	☐	☐	☐
产品类型：①人寿保险 ②重大疾病保险 ③住院医疗保险 ④意外保险 ⑤其他保险					序号		序号	
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					序号		序号	
请详述：_____。								