



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、 您是否正在或准备接受药物治疗、手术或其它治疗, 如是请说明药物及治疗名称: 请说明您经常就诊的医院名称_____ 最末一次就诊时间_____ 就诊原因_____ | | | | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| 3、 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 您是否饮酒或曾饮酒, 若“是”, 请详述: 饮酒年, 饮白酒 两/日、或饮红酒和黄酒两/日; 若现已停止饮酒, 请说明停止饮酒原因及时间: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| c 医生是否曾建议或要求您戒酒或戒烟? 或曾过量饮酒接受治疗史? | | | | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| 4、 在过去五年中, 您是否曾经接受 | | | | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| a X光、CT、MRI、心电图、活体检查、血液或尿液化验、超声波、内窥镜等检查或其它特殊检查 | | | | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| b 诊疗、外科手术、住院治疗 | | | | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| 5、 您及您的配偶是否曾经接受或试图接受或准备接受与艾滋病 (HIV/AIDS) 有关的医疗咨询、检验或治疗? 如是, 请说明原因及检查结果: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| 您是否在过去6个月内曾经有持续一周以上的下列症状: 体重下降、食欲不振、盗汗、腹泻、淋巴结肿大及皮肤溃疡? | | | | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| 6、 身体残障或畸形: 是否存在四肢、手指、足趾残缺, 脊柱、胸廓、五官畸形, 跛行、脊髓灰质炎所致的残缺或其它缺陷。 | | | | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| 7、 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. 视力障碍或失明、视网膜出血或剥离、视神经病变、虹膜睫状体炎、青光眼、白内障、高度近视800度以上、眼底病变、鼻衄、口腔白斑症、声音嘶哑、聋哑、听力障碍或耳聋、中耳炎、眩晕、梅尼尔氏症及其它眼、耳、鼻、喉或口腔的疾病? | | | | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| b. 癫痫、反复头晕头痛、晕厥、意识障碍、智能障碍、精神分裂症、抑郁或焦虑、脑血管畸形或脑动脉血管瘤、脑血管意外 (包括脑出血、脑梗死)、重症肌无力、多发性硬化症、帕金森氏综合症、肌肉萎缩、肌炎、脊髓灰质炎、脊髓炎、瘫痪或麻痹、舞蹈症、脑炎或脑膜炎、神经炎、头部外伤、坐骨神经痛及其它神经、精神疾病? | | | | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| c. 咯血、痰中带血、慢性支气管炎、哮喘、支气管扩张、肺结核、肺脓肿、肺栓塞、肺气肿、胸膜炎、尘肺、矽肺及其它呼吸系统疾病? | | | | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| d. 胸痛、心慌、气急、不能平卧、紫绀、心律失常、高血脂、高血压 (高压超过140或低压超过90MMHG)、冠心病、心肌梗死、心包炎、心肌炎、心内膜炎、心肌病、风湿性心脏病、先天性心脏病、心脏扩大、主动脉瘤、川崎氏病、下肢静脉曲张及其它心血管疾病? | | | | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| e. 呕血、腹痛、便血、肝区疼痛、黄疸、肝功能异常、肝脾肿大、肝炎、肝炎病毒携带者、肝硬化、肝脓肿、肝内胆管结石、胆囊炎、胆结石、化脓性胆管炎、消化道溃疡、疝气、溃疡性结肠炎、克隆氏病、结肠直肠癌、直肠癌、直肠癌、胰腺炎及其它消化系统疾病? | | | | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| f. 浮肿、血尿、蛋白尿、肾炎、肾病综合症、肾功能异常、尿毒症、肾囊肿、肾下垂、尿路结石、尿路畸形、前列腺肥大及其它泌尿生殖系统疾病? | | | | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| g. 糖尿病、糖耐量异常、痛风、肢端肥大症、垂体机能亢进或低下、甲状腺或甲状旁腺机能亢进或低下、肾上腺机能亢进或低下及其它内分泌系统疾病? | | | | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| h. 癌症、肿瘤 (恶性、良性或尚未证实为良性或恶性的)、肿块、息肉、囊肿、赘生物? | | | | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| i. 皮下出血点、鼻衄、反复齿龈出血、血友病、各类贫血、紫癜、白血病、淋巴结肿大及其它血液系统疾病? | | | | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| j. 关节红肿或变形、关节疼痛、风湿性关节炎、类风湿性关节炎、其它类型关节炎、关节置换、椎间盘突出、脊柱疾病、系统性红斑狼疮、硬皮病及其它骨、关节或结缔组织疾病? | | | | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| k. 曾经或正在患有任何皮肤疾病? 曾经或正在患有性病? 或任何职业病? | | | | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| l. 接受过输血或被建议不宜献血? | | | | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| m. 其它以上未提及的疾病及症候、先天或后天的健康问题? | | | | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| 8、 a. 您的亲属 (祖父母、父母、子女、兄弟姐妹) 是否曾经患有或正患有高血压、肾病、心脏病、肝肾囊肿、肝硬化、糖尿病、精神病、白血病、多发性硬化症、结核病、赘生物、良性或恶性肿瘤、曾被发现为乙型肝炎及病毒携带者、其它肝炎及病毒携带者, 若“有”, 请说明与被保险人的关系以及所患疾病名称 _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| b. 您的直系亲属中是否有在65岁前去世的, 若“是”, 请说明与被保险人的具体关系以及去世原因 _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| 9、 a. 您是否曾经醉酒或酗酒肇事、酒精中毒? | | | | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| b. 您是否曾经企图自杀或服药过量? | | | | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| c. 您是否曾经或正在使用镇静安眠药、迷幻药及其它毒品或违禁药物? | | | | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| 10、 女性适用 a. 您是否怀孕? 若“是”, 怀孕 _____ 月 | | | | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |

