

健康告知书

保单号码：_____

填写或回答下列问题，请在选择项后的“□”中打“√”，选“是”者请在第三部分备注栏注明问题号码并详细说明情况；如有诊治，请告知原因、日期、医院、详细诊断结果、治疗情况及目前情况。

一、健康告知

告知事项	被保险人 是 否	投保人 是 否
1. 原保险合同所涉及的告知内容是否有不属实的情况？	a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. 您目前的身高_____厘米，体重_____公斤。		
3. 原保单生效日起至今是否出现任何身体不适症状、体征或疾病？	a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. 原保单生效日起至今是否去医院进行过门诊检查、服药、手术或其他治疗？	a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. 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）？	a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. 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？	a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. 原保单生效日起至今是否曾患有以下疾病？ 脑、神经系统及精神方面的疾病，心血管疾病，呼吸系统疾病，消化系统疾病，泌尿系统疾病，骨骼、肌肉、结缔组织的疾病，内分泌、血液系统疾病，五官科疾病，职业病，以上未提及的肿瘤和癌症。	a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. 您是否有智能障碍；四肢、手指、足趾、脊柱、胸廓、五官的畸形或残缺或功能障碍；有无失明、聋哑、跛行及小儿麻痹后遗症；有无言语、咀嚼、听力、视力、嗅觉的功能障碍及中枢神经系统机能障碍等？	a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. 妇女补充告知栏： a. 您目前是否怀孕，如果“是”，怀孕_____周？ b. 您是否有乳腺肿块、溢乳、腋下淋巴结肿大，阴道不规则出血、白带异常、下腹痛等妇科症状或乳腺、妇科检查异常发现？ c. 您是否曾患乳腺纤维瘤、乳腺增生，子宫肌瘤、子宫内膜异位症、子宫颈上皮不典型增生、卵巢囊肿、畸胎瘤及其他乳腺、妇产科疾病？ d. 您是否曾被建议做宫颈涂片检查（或抹片）、乳房检查、乳房X线检查或乳房活体组织检查等？	a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. 目前您的职业有无改变？（如果“有”，请先办理职业变更）	a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11. 您目前的职业或业余爱好是否涉及滑翔、赛车、赛马、蹦极、特技表演、潜水、滑水、漂流、登山、攀岩、滑雪、探险、武术或拳击等搏击类运动、或从事其他危险性运动？	a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12. 您目前是否吸烟？如“是”，已吸烟_____年，每天_____支。 若已经戒烟，戒烟的时间_____；戒烟原因_____	a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13. 您目前是否每天或每星期都饮酒？若“是”，已饮酒_____年。 常饮种类： <input type="checkbox"/> 白酒 <input type="checkbox"/> 啤酒 <input type="checkbox"/> 果酒 <input type="checkbox"/> 黄酒；每日饮酒量_____两/瓶。	a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14. 原保单生效日起至今您是否曾经使用任何成瘾药物、麻醉剂或接受戒毒治疗？	a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15. 被保险人目前的医疗费用支付方式： <input type="checkbox"/> 公费医疗 <input type="checkbox"/> 社会医疗保险 <input type="checkbox"/> 商业医疗保险 <input type="checkbox"/> 自费		

二、财务及其它告知

告知事项				被保险人 是 否	投保人 是 否
16. 投保人目前年收入_____万元，主要收入来源： <input type="checkbox"/> 工薪 <input type="checkbox"/> 私营 <input type="checkbox"/> 证券 <input type="checkbox"/> 投资 <input type="checkbox"/> 银行利息 <input type="checkbox"/> 房屋租赁 <input type="checkbox"/> 其他					
17. 被保险人目前年收入_____万元，主要收入来源： <input type="checkbox"/> 工薪 <input type="checkbox"/> 私营 <input type="checkbox"/> 证券 <input type="checkbox"/> 投资 <input type="checkbox"/> 银行利息 <input type="checkbox"/> 房屋租赁 <input type="checkbox"/> 其他					
18. 原保单生效日起至今您是否已经购买或正在申请其他保险公司的人身保险？ 如“是”，请回答下述 19-21 问				a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
19. 保险公司	险种名称	保险金额/份数	生效或申请日期	是否被加费或特别约定	
20. 原保单生效日起至今您过去是否被保险公司解除合同、或拒保延期？				a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
21. 原保单生效日起至今您是否向其他保险公司提出过人身保险索赔申请？				a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
22. 您是否拥有其他以本人为被保人的失效人身险保单？如果“有”，请说明失效原因： ①经济困难 ②资金周转不利或有其他投资 ③转投其他险种 ④认为投保不划算 ⑤遗忘续期交费日期或不熟悉交费方式 ⑥其他_____				a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
23. 您是否：					
a. 有驾驶执照？若是，请告知驾照类型_____、_____。				a. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b. 有交通事故记录且为主要责任人。				b. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	b. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c. 以摩托车为工作时或上下班时的交通工具。				c. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	c. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

三、备注栏（请表明问题序号并作详细说明）

--

四、声明及签名栏

1. 本人对上述各项内容均已理解并做出了如实告知，本人同意将此申请书作为原保险合同的一部分。如果有告知不实，贵公司有权解除本保险合同，并对于合同解除前发生的保险事故不承担保险责任。
 2. 本人授权贵公司可以从任何单位、组织和个人就有关保险事宜查询、索取与本人相关的资料或证明，并对个人资料承担保密义务。
 3. 本人已了解，原保险合同的效力恢复以双方达成复效的合意，且投保人补交保险费、利息及其他未还款项为生效条件。
- 请您确认本投保单中所有内容填写真实、准确、完整后亲笔签名。

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