

## 个人告知声明书

〔吉利宝、吉星宝终身寿险（万能型）追加保险费专用〕

保单号：

投保人：

被保险人：

### 一、职业告知

|      | 工作单位 | 职业 | 职业代码 |
|------|------|----|------|
| 被保险人 |      |    |      |

### 二、健康告知

| 被保险人  | 序号 | 询问事项                                                                                                                        |
|-------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 是□ 否□ | 1  | 过去两年内是否因受伤或疾病单次连续住院治疗 10 天以上？是否有未能确诊的异常医学检查（包括健康体检）？                                                                        |
|       | 2  | 目前是否患有以下疾病？                                                                                                                 |
| 是□ 否□ | 2A | 心血管疾病，例如：高血压(收缩压 $\geq 160\text{mmHg}$ 或/和舒张压 $\geq 100\text{mmHg}$ )、冠心病、心绞痛、心肌梗塞、先天性心脏病、风湿性心脏病、心肌病、心脏瓣膜病、主动脉疾病、心律失常、动脉瘤等。 |
| 是□ 否□ | 2B | 神经系统及精神方面疾病，例如：持续性头痛或眩晕、脑中风（脑出血、脑梗塞、暂时性脑缺血）、脑瘤、脑血管瘤及畸形、多发性硬化症、癫痫、重症肌无力、阿尔茨海默病、帕金森氏症、精神病、抑郁症、神经官能症等。                         |
| 是□ 否□ | 2C | 呼吸系统疾病，例如：肺气肿、肺心病、支气管扩张、尘/矽肺、肺结核、肺纤维化等。                                                                                     |
| 是□ 否□ | 2D | 消化系统疾病，例如：肝炎、肝功能异常、肝硬化、肝脾肿大、食道静脉曲张、溃疡性结肠炎、胰腺炎等。                                                                             |
| 是□ 否□ | 2E | 泌尿及生殖系统疾病，例如：蛋白尿、血尿、肾炎、肾病综合征、肾功能异常、肾衰竭等。                                                                                    |
| 是□ 否□ | 2F | 血液系统疾病，例如：血友病、白血病、贫血、脾功能亢进等。                                                                                                |
| 是□ 否□ | 2G | 内分泌疾病，例如：糖尿病、脑垂体疾病、肾上腺疾病等。                                                                                                  |
| 是□ 否□ | 2H | 免疫系统及骨骼、肌肉和结缔组织疾病，例如：艾滋病、风湿病、类风湿病、强直性脊柱炎、椎管狭窄、脊柱裂、皮炎、肌营养不良症、干燥综合症、红斑狼疮、胶原症等。                                                |
| 是□ 否□ | 2I | 恶性肿瘤、原位癌、交界性肿瘤、良性肿瘤以及尚未明确性质之肿瘤、肿物、息肉、囊肿、赘生物。                                                                                |
| 是□ 否□ | 2J | 其它需要持续关注或治疗的疾病、持续存在的异常体征。                                                                                                   |
| 是□ 否□ | 3  | 是否有智能障碍、失明、四肢或身体其他器官的缺损或畸形等身体残疾情况？                                                                                          |
| 是□ 否□ | 4  | 是否有使用违禁药物或滥用成瘾性药物？                                                                                                          |
| 是□ 否□ | 5  | <b>女性填写：</b> 是否有乳房肿块、溢乳、腋下淋巴结肿大？是否有不规则阴道出血或不正常的宫颈涂片检查？                                                                      |

### 三、财务及其他告知

| 被保险人  | 序号 | 询问事项                                                                                                                                                  |
|-------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 是□ 否□ | 6  | 您向其它保险公司投保时是否曾被拒保、延期？                                                                                                                                 |
| 是□ 否□ | 7  | 您是否曾向或正准备向本公司或其它保险公司提出重大疾病或残疾索赔申请？                                                                                                                    |
|       | 8  | 缴纳的保险费来源于缴款人以下的合法收入：（可多选） <input type="checkbox"/> 工资收入 <input type="checkbox"/> 奖金或分红 <input type="checkbox"/> 投资收益 <input type="checkbox"/> 其它_____ |

### 四、投保人、被保险人声明和授权

- 本人（指投保人）已认真阅读由财信吉祥人寿保险股份有限公司（以下简称“贵公司”）提供的保险条款，对所投保保险种条款的各项内容尤其是对**保险合同犹豫期、退保、投保人权利义务、如实告知、保险责任、保险责任等待期、责任免除、除外责任、保险期间及续保、理赔程序和理赔文件要求**的相关内容均已清晰了解。
- 本人（指投保人和被保险人）已充分了解贵公司职业分类表中关于本人职业类别划分的相关内容，本次告知的工作单位及职业真实、选择的职业代码无误。
- 本人（指投保人和被保险人）对以上告知事项的陈述确实无误。若不属实，贵公司有权依法解除保险合同，并对合同解除前发生的保险事故不承担保险责任。
- 本人（指投保人和被保险人）同意贵公司查阅、复制本人之相关医疗记录、病历及各类检查资料，授权本人就诊之医疗机构及保存有本人医疗证明的其它机构，提供本人医疗相关记录予贵公司及相关再保险公司；同意贵公司因业务需要对本人之个人资料有搜集、计算机处理、传递的权利。

投保人签名：\_\_\_\_\_

被保险人/监护人签名：\_\_\_\_\_

签署日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

签署日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

（以上应由客户亲笔签名）