

个人告知声明书

〔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

被保险人	工作单位	职业	职业代码

二、健康告知

被保险人	序号	询问事项
是□ 否□	1	过去两年内您是否接受门（急）诊或住院诊疗？
是□ 否□	2	过去两年内您是否有结果异常或被建议进一步诊查、随访的医学检查（包括健康体检）？例如：血压、眼底、血液或尿液、心电图、肌电图、脑电图、X光、B超、CT、核磁、内窥镜、造影、肿瘤标志物、病理检查等。
是□ 否□	3	您是否患有或患过以下疾病或身体不适症状？ 癌症（包括原位癌）、肿瘤或肿块、淋巴结肿大、白血病、高血压、糖尿病、心脏血管（包括心脏瓣膜、心肌、冠状动脉、心包、周围血管）疾病、中风、言语不清、肢体运动异常、脑或脊髓（包括脑及脑膜、脊髓、神经、肌肉）疾病、癫痫或精神疾病、肺部疾病、吞咽困难、肝脏疾病、消化道疾病、血尿或蛋白尿、肾脏疾病、血液病、代谢或免疫系统疾病、红斑狼疮、先天性或遗传性疾病、性传染疾病、艾滋病或感染艾滋病病毒、身体缺陷或畸形或严重变形、智力障碍、听力下降或异常、视力障碍（近视800度以上）。
是□ 否□	4	您是否有或有过吸食、注射毒品？或使用违禁药物、成瘾性药物？
是□ 否□	5	女性填写： 您是否患有或患过乳房肿块、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： <input type="checkbox"/> 可多选 <input type="checkbox"/> 工薪 <input type="checkbox"/> 自主经营 <input type="checkbox"/> 奖金或分红 <input type="checkbox"/> 投资收益

四、投保人、被保险人声明和授权

- 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无误。
- 本人（指投保人和被保险人）知晓所有告知以书面告知为准，口头告知无效，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）同意贵公司因业务需要有搜集、计算机处理、传递本人之个人资料的权利。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他机构，提供本人医疗相关记录予贵公司及相关再保险公司。此授权内容的影印件具备同等效力。同意贵公司向司法及监管机构、有权机关、行业协会、中国银行保险信息技术管理有限公司（简称“中国银保信”）、再保公司报送本人的全部保单信息和保全、理赔信息，通过医疗机构、中国银保信或指定的第三方合作机构核实投保信息真实性，核查获取与本人有关的承保、理赔、医疗等信息。中国银保信基于为本人或保险公司提供服务的需要可对上述信息进行必要的使用及与相关机构进行信息共享，但均应严格履行保密义务。

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