

个人告知声明书

一、职业告知(如投保的险种条款涉及投保人豁免责任, 请同时填写投保人职业告知。)

	工作单位	职业	职业代码
投保人			
被保险人			

二、健康告知(如投保的险种条款涉及投保人豁免责任, 请同时填写投保人健康告知。)

投保人	被保险人	序号	询问事项
		1	身高: 投保人_____厘米, 被保险人_____厘米。
		2	体重: 投保人_____公斤, 被保险人_____公斤。
是□ 否□	是□ 否□	3	最近六个月内您是否有以下身体不适症状或体征: 心悸、胸痛、胸闷、咯血、吞咽困难、腹痛、呕血、便血、浮肿、不明原因发热/紫斑/出血点、反复头痛或眩晕、晕厥、抽搐、昏迷、肌肉萎缩或无力、体重下降超过五公斤、视力/听力下降?
是□ 否□	是□ 否□	4	过去五年内您是否接受门(急)诊或住院诊疗?
是□ 否□	是□ 否□	5	过去五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□	是□ 否□	6	您是否患有或患过心血管疾病, 例如: 高血压、冠心病、心绞痛、心肌梗塞、心律失常、先天性心脏病、风湿性心脏病、心肌炎或心肌病、心内膜炎、心包炎、心脏瓣膜病、主动脉瘤、肺心病、静脉曲张等。
是□ 否□	是□ 否□	7	您是否患有或患过神经系统疾病, 例如: 脑中风(脑出血、脑梗塞、短暂脑缺血发作)、脑瘤、脑血管瘤或畸形、脑囊肿、多发性硬化症、癫痫、重症肌无力、肌营养不良症、瘫痪或肢体运动异常、运动神经元病、脑炎或脑膜炎、阿尔茨海默病(老年痴呆)、帕金森氏症、脊髓疾病、睡眠呼吸暂停综合征等。
是□ 否□	是□ 否□	8	您是否患有或患过精神疾病, 例如: 精神分裂症、抑郁症、神经官能症等。
是□ 否□	是□ 否□	9	您是否患有或患过呼吸系统疾病, 例如: 慢性支气管炎、肺结节、肺气肿、支气管扩张、尘/矽肺、肺结核、哮喘、肺纤维化等。
是□ 否□	是□ 否□	10	您是否患有或患过消化系统疾病, 例如: 肝炎、肝炎病毒携带、肝功能异常、脂肪肝、肝血管瘤、肝硬化、肝脾肿大、胆结石、胆囊息肉、消化道溃疡、慢性胃炎、溃疡性结肠炎、胰腺炎、克隆病、胃/肠息肉等。
是□ 否□	是□ 否□	11	您是否患有或患过泌尿及生殖系统疾病或下列情况, 例如: 蛋白尿、血尿、肾炎、肾病、肾功能异常、尿毒症、肾衰竭、肾囊肿、多囊肾、肾萎缩/缺血、肾积水、泌尿系统结石/畸形、前列腺及生殖器官疾病等。
是□ 否□	是□ 否□	12	您是否患有或患过血液系统疾病, 例如: 血友病、白血病、贫血、紫癜、脾功能亢进等。
是□ 否□	是□ 否□	13	您是否患有或患过内分泌疾病或下列情况, 例如: 糖尿病、高血糖/糖耐量异常、痛风、高脂血症、脑垂体疾病、肾上腺疾病、甲状腺结节、甲状腺或甲状旁腺疾病等。
是□ 否□	是□ 否□	14	您是否患有或患过骨骼、皮肤和结缔组织疾病, 例如: 风湿病、类风湿病、关节炎、股骨头坏死、强直性脊柱炎、椎间盘突出、椎管狭窄、皮炎、硬皮病、干燥综合征、红斑狼疮、川崎病等。
是□ 否□	是□ 否□	15	您是否患有或患过五官科疾病, 例如: 中耳炎、高度近视(800度及以上)、视网膜出血或剥离、视神经病变、青光眼、白内障、鼻/声带息肉、美尼尔病等。
是□ 否□	是□ 否□	16	您是否患有或患过: 恶性肿瘤、癌症(包括原位癌)、其他肿瘤、肿块、结节、息肉、囊肿、赘生物、淋巴结肿大。
是□ 否□	是□ 否□	17	您是否患有其它需要持续关注或治疗的疾病或持续存在的异常症状体征。
是□ 否□	是□ 否□	18	您是否有智能障碍、行动障碍、视力障碍、听力障碍、瘫痪、失明、聋哑、脊柱或胸廓畸形、四肢或身体其他器官的缺损或畸形等身体残疾情况?
是□ 否□	是□ 否□	19	您或您的配偶是否曾接受艾滋病的有关检查和治疗? 如“是”, 请告知检查原因和检查结果。
是□ 否□	是□ 否□	20	您是否有吸烟习惯? 投保人: 约_____年, 每天_____支; 被保险人: 约_____年, 每天_____支。
是□ 否□	是□ 否□	21	您是否有饮酒习惯? 投保人: 饮酒_____年, _____(两/周), 种类_____。 被保险人: 饮酒_____年, _____(两/周), 种类_____。
是□ 否□	是□ 否□	22	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□	是□ 否□	23	您的父母、子女、兄弟姐妹是否患有心脏病、高血压、心脑血管疾病、糖尿病、肾病、精神病、肝炎、肝炎病毒携带、癌症、血友病、多囊肝、多囊肾、肠息肉或任何遗传性、传染性疾病?
			两周岁及以下儿童填写:

是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	24	是否为低体重儿（出生时体重为两公斤以下）或早产儿？ 如“是”，出生体重_____公斤，怀孕_____周出生、住院_____天。
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	25	是否患有或患过发育迟缓、缺氧缺血性脑病、脑瘫、脑积水、惊厥、抽搐、智能障碍、先天性和遗传性疾病？
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	26	女性填写： 您是否患有或患过乳房肿瘤、肿块或囊肿？是否有不规则阴道出血、盆腔炎、子宫肌瘤、卵巢囊肿、畸胎瘤、子宫内膜异位症、宫颈上皮内瘤变（CIN）等女性生殖器官疾病？是否有宫颈细胞检查异常？
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	27	您目前是否怀孕？（≥18岁填写）如“是”，怀孕_____周，并在说明栏告知是否定期产前检查？结果如何？

三、财务及其他告知 (如投保的险种条款涉及投保人豁免责任，请同时填写投保人财务及其他告知。)

投保人	被保险人	序号	询问事项
		28	年固定收入：投保人_____万元，被保险人_____万元。
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	29	您是否有负债或购房、购车贷款以外的其他贷款（如有，请在说明栏告知总金额及原因）？
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	30	您是否向本公司以外的其它保险公司购买过或正在申请人身保险合同？若是，请说明保险公司名称、险种名称、保险金额和生效/申请时间。若为未成年人，请告知在其它保险公司购买的人身保险合同约定的身故保险金额总和_____万元。
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	31	您向其它保险公司投保时是否曾被拒保、延期、加费或要求附加其它条件？
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	32	您是否曾向或正准备向本公司或其它保险公司提出索赔申请？请说明理赔原因。
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	33	您是否曾经或计划参加飞行、跳伞、蹦极、潜水、攀岩、赛车、赛马、武术比赛、特技表演等高风险活动？
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	34	过去两年内您是否曾在中国境外居住超过三个月？ 如是，请告知国家_____，原因_____。
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	35	您是否计划最近六个月内前往中国境外？ 如是，请告知国家_____，原因_____，停留时间_____。
		36	被保险人医疗费用的支付方式为：（若未勾选默认为第一项） <input type="checkbox"/> 自费 <input type="checkbox"/> 商业医疗保险 <input type="checkbox"/> 城镇职工基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 城乡居民基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 公费医疗 <input type="checkbox"/> 医疗救助
		37	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"/> 工薪 <input type="checkbox"/> 自主经营 <input type="checkbox"/> 奖金或分红 <input type="checkbox"/> 投资收益

四、说明栏 (以上如答“是”，请填写答“是”序号，说明对象（被保险人、投保人）并在下栏详细告知，如有诊治病历及相关检查报告，请一并提交。)

序号	说明对象	告知内容
	<input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人	
	<input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人	

五、投保人、被保险人声明和授权

<p>1. 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。</p> <p>2. 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。</p> <p>3. 本人（指投保人和被保险人）同意贵公司因业务需要有权搜集、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。</p>	
投保人签名：_____	被保险人/法定监护人签名：_____
签署日期：_____年____月____日	签署日期：_____年____月____日