

补充告知问卷

单证代码: BQ1005

 保险合同号:

申请日期: _____年__月__日

保险公司询问事项		被保险人是否	<input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 其他被保险人是否
财务及其他告知	1、投保人年收入_____万元,来源_____;被保险人年收入_____万元,来源_____。 收入来源: ①工薪 ②个体 ③私营 ④房屋出租 ⑤证券投资 ⑥银行利息 ⑦其他		
	2、您是否有借贷?若是,请在说明栏中详述借贷事由、金额、债权人及偿还期限等信息。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	3、您目前是否拥有公费医疗、社会医疗保险或其他费用补偿型医疗保险?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	4、您是否曾购买或正在购买除本投保申请以外的其他保险产品(含其他保险公司)? 若是,请详述投保日期、投保人、被保险人、保险公司名称、险种名称、保险金额、保险费等信息。 如被保险人为未成年人,请告知其它保险公司死亡保险金额: _____元。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	5、您的投保申请是否曾被拒保、延期、加费或作任何承保条件的修改(含本公司及其他保险公司)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	6、您是否曾向任何保险公司提出过索赔申请?若是,请详述:公司名称_____, 索赔日期_____,索赔金额_____,索赔事由_____。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	7、您是否有机动车驾照?若是,请详述:驾照类型_____,签发日期_____; 若现有驾车,请注明:驾驶_____年,车辆类型_____,用途_____。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	8、您是否参加潜水、攀岩、蹦极、滑水、滑雪、探险、武术等高风险运动?若是,请详细告知。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	9、您是否曾在海外持续居住三个月以上或正拟前往中国大陆以外的国家/地区?若是,请详述:国家/地区名_____,缘由_____,滞留时间_____。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
健康告知	10、投保人目前身高为_____厘米,体重_____公斤;被保险人目前身高为_____厘米,体重_____公斤。		
	11、您过去一年内是否有以下不适症状或体征:如反复头痛、头晕、胸痛、胸闷、心悸、气喘、咳嗽、咳血、腹痛、腹泻、血尿、便血、紫癜、皮肤黄染、明显消瘦(体重在3个月内下降超过5公斤)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	12、您过去一年内是否因受伤或患病去医院门诊接受诊查、治疗,或被医师建议治疗、住院或手术?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	13、您在过去2年内是否做过以下检查:血压、血液和尿液化验检查、X光、心电图、B超、CT、核磁共振、内窥镜、病理活组织检查或其他化验检查?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	14、您过去是否曾因受伤或患病而住院治疗?若是,请在说明栏中详述医院诊断、诊治经过及预后。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	15、您过去是否患有、曾被怀疑患有或因以下疾病症候而接受治疗:		
	A、脑、神经系统及精神方面疾病: 脑膜炎、脑炎、脑瘤、脑中风(脑出血、脑梗塞、短暂性脑缺血)等脑血管疾病;癫痫、脊髓病变、重症肌无力、多发性硬化、帕金森氏病;抑郁症、精神分裂症、神经衰弱、神经官能症以及其他神经或精神方面疾患?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	B、五官科疾病: 如原因不明的声音嘶哑、听力下降、复视、耳鸣、中耳炎、美尼尔病、白内障、青光眼、高度近视(800度以上)、视神经或视网膜病变、慢性鼻炎、鼻息肉或其他五官科疾病等?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	C、循环系统疾病: 如高血压、冠心病、心肌梗塞、风湿性心脏病、先天性心脏病、风湿热、主动脉瘤、肺心病、心律失常、传导阻滞、心包炎、心肌病、下肢静脉曲张及其他心血管系统疾病?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D、呼吸系统疾病: 如慢性支气管炎、肺气肿、支气管扩张、肺结核、气胸、哮喘或其他呼吸系统疾病?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
E、消化系统疾病: 如肝炎病毒携带、肝炎、脂肪肝、肝硬化、肝肿大、肝胆结石、胆囊息肉、胰腺疾病、胃炎、消化道溃疡或出血、穿孔、结肠炎、肠息肉、肠梗阻、疝气或其他消化系统疾病?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

	F、泌尿及生殖系统疾病： 如肾炎、肾小球疾病、肾病综合症、肾功能衰竭、多囊肾、泌尿系结石或感染、前列腺疾病或其他泌尿及生殖系统疾病？	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	G、内分泌及结缔组织疾病： 如糖尿病、痛风、高尿酸血症、甲状腺或甲状腺旁腺疾病、肾上腺疾病、脑垂体疾病；类风湿性关节炎、风湿病、红斑狼疮、胶原病、白塞氏病、免疫性疾病、肌肉骨骼关节疾病等？	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	H、血液疾病： 如原因不明的皮肤、粘膜及齿龈出血、白血病、再生障碍性贫血、血友病、紫癜症、贫血、脾脏疾病等？	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	I、癌症、恶性肿瘤、腺瘤、息肉、囊肿、痔疮、任何包块或肿物等？ 其他需持续关注或治疗的疾病或异常症状体征？	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	J、顽固性皮肤病、性病，传染性疾病？或任何职业病？ 您或您的配偶是否接受过 艾滋病的检查和治疗 ？或在过去6个月以内曾经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"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	K、接受过输血或被建议不宜献血？ 您是否使用过任何违禁药品或成瘾性药物，是否服用、吸食或注射过毒品？	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	16、身体残障情况：有无智能障碍；有无失明、聋哑、跛行、小儿麻痹后遗症；有无脊柱、胸廓、四肢、五官畸形或功能障碍；有无言语、咀嚼、视力、听力、嗅觉、四肢及中枢神经系统机能障碍？	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	17、有否每天吸烟6支以上：若有，请说明每天吸_____支，约_____年。若已停止吸烟，请说明停止的原因和时间。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	18、有否饮酒嗜好：若有，请说明饮酒种类_____，每天约__两，约__年。若已停止饮酒，请说明停止的原因及时间_____。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	19、家族史栏：您的父母、子女、兄弟姐妹中，是否有人出现上述15—16项情况？	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	20、女性告知栏： A、有否阴道不规则流血、白带异常、下腹痛或患子宫、卵巢等妇科疾病；近半年有否月经不 调？ B、有否乳房方面疾病与不适症状体征，或因此而接受医师检查、用药或住院手术等治 疗？ C、目前是否怀孕？怀孕_____周；是否因妊娠分娩而住院或手术；有否异位妊娠或不 孕不育？	A <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> C <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"/>
	21、2周岁以下(含2周岁)被保险人告知栏： 出生时的身高为_____厘米，体重_____公斤； A、是否为早产儿？出生时是否曾有产伤、窒息等异常情况？ B、是否有发育迟缓、智力障碍、惊厥、抽搐、脑瘫、缺氧缺血性脑病、先天性和遗传性 疾病？	A <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
说明栏	若前述告知第2-9项、第11-21项中有填写为“是/有”，请根据提示和要求详细说明；填写不下时，可另附纸张补充并签名确认。		
	序号	说明对象	说明内容
声 明			
本告知书上所填写的各项内容均属实，本人同意将此告知书作为原保险合同及续保合同的有效组成部分。若日后发现告知不实，贵公司有权解除本保险合同，对于合同解除前发生的事故不承担保险责任。本人同意贵公司将有 关本人的资料用于保险、再保险、数据处理及统计事宜。			
投保人签名：		被保险人签名：	日期：