

健康财务告知问卷

 保险合同号:

保险公司询问事项		□ 被保险人 是否	□ 投保人 是否
温馨提示: 请务必如实并完整填写以下询问事项, 如有异常项目, 应在右侧对应“是”项口内打勾; 如未填写, 视为告知“否”, 即无异常。			
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。	□ □	□ □
	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?	□ □	□ □
	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。	□ □	□ □
	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)?	□ □	□ □
	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_____。	□ □	□ □
	7、您是否有机动车驾驶证? 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_____。	□ □	□ □
	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。	□ □	□ □
	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_____。	□ □	□ □
健康告知	10、投保人目前身高_____厘米, 体重_____公斤; 被保险人目前身高_____厘米, 体重_____公斤。	/ /	/ /
	11、您在过去两年内是否有检查异常并被建议复查或进一步检查治疗(包括血液检查、尿常规、X光、心电图、CT、B超、彩超、核磁共振、内窥镜、病理学检查、宫颈涂片(女性)、TCT(女性)、骨髓穿刺、眼底检查等), 如有, 请提供检查报告和病历资料。	□ □	□ □
	12、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?	□ □	□ □
	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(1000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?	□ □	□ □
	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?	□ □	□ □
	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?	□ □	□ □
	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?	□ □	□ □
	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?	□ □	□ □
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?	□ □	□ □	

保险公司询问事项			□ 被保险人 是 否	□ 投保人 是 否	
温馨提示：请务必如实并完整填写以下询问事项，如有异常项目，应在右侧对应“是”项□内打勾；如未填写，视为告知“否”，即无异常。					
健康告知	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"/>
	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"/>
	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"/>
	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"/>
	13、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功能障碍？			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	14、是否有吸烟嗜好：若有，请说明每天吸_____支，约_____年。若已戒烟，请在说明栏告知戒烟的时间及原因。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	15、是否有饮酒嗜好：若有，请说明饮酒种类_____，每天约__两，约__年。若已停止饮酒，请在说明栏告知停止饮酒的时间及原因。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	16、家族史栏：您的父母、子女、兄弟姐妹中，是否有人出现上述12-13项情况？			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	17、16周岁及以上女性告知栏： A、是否有阴道不规则流血、白带异常、下腹痛或患子宫、卵巢等妇科疾病；近半年是否有月经不调？ B、是否有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；是否有异位妊娠或不孕不育？			A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
	18、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"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>
说明栏	若前述告知第2-9项、第11-18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。如有相关病例和检查报告，请一并提供。				
	序号	说明对象	说明内容		
声 明					
1、本告知问卷上所填写的各项内容均属实，无欺瞒或遗漏的情形。与之相关的资料均真实有效、并由本人亲自提供；					
2、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，并同意贵公司根据此次提供的资料对本保险合同（见告知问卷首页）的效力及生效条件进行重新审核；					
3、本人知晓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；					
4、本人授权凡知晓或拥有任何有关本人健康及其他情况的任何医生、医院、保险公司或其他机构及人士，均可将有关资料提供给贵公司，本授权书影印本同样有效；					
5、本人同意贵公司将有本人的资料用于保险、再保险、数据处理及统计事宜。在中国法律允许或要求的范围内，本人同意并授权贵公司上述信息及保险合同信息提供给相关监管机构、行业协会、司法机关等以做合理利用。					
请勿在空白申请书上直接签名；签名前请仔细核对所填写的内容，并确保申请书签名与留存于本公司的签名样本一致。					
投保人签名：			告知对象签名：		
签署日期： 年 月 日			签署日期： 年 月 日		