

个人情况告知书 (保全专用)

保险合同号		投保人姓名		被保险人姓名	
-------	--	-------	--	--------	--

告知事项 (若险种无投保人保险责任的, 可免填投保人栏)	被保险人	投保人
	是 否	是 否
1. 您是否已购买人身保险合同? 若“是”, 请告知公司名称、险种名称、保险金额、投保日期。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. 目前您是否有公费医疗、社会医疗保险、农村合作医疗保险、商业医疗保险或其他医疗费用报销方式?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. 您是否曾被保险公司解除合同或投保、复效时被拒保、延期或附加条件承保? 是否有过保险索赔?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. 您最近两年内是否有过头晕、头痛、胸闷、咯血、腹痛、血尿、便血、消瘦、乏力、长期发热、不明原因皮下出血等不适? 是否曾有过身体检查结果异常?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. 您最近两年内是否有过门诊诊疗? 是否接受过药物治疗? 或被医师建议需身体检查或治疗?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. 您过去是否曾经住院? 是否做过手术?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. 您是否患有或被怀疑患有癌症、肿瘤、包块或肿物、艾滋病或 HIV 阳性? 是否接受过器官移植?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. 您是否患有或被怀疑患有高血压、心脏病 (包括冠心病、心肌梗塞、先心病、风心病、肺心病、心肌病、心脏扩大、心力衰竭、心律失常)、脑血管病 (包括脑梗塞、脑出血)、糖尿病、慢性酒精中毒、肝炎、肝硬化、胰腺疾病、消化道溃疡、支气管扩张、呼吸衰竭、甲状腺疾病、类风湿疾病、红斑狼疮、肾脏疾病 (包括肾炎、肾功能异常、肾病综合症、肾功能衰竭、多囊肾)、血液疾病、癫痫、精神疾患、卵巢/子宫/乳腺疾病、或其他上述未提及的疾病?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. 您是否每日吸烟超过 10 支, 每日饮酒 (白酒) 超过 100 毫升? 您是否曾经或正在使用毒品或违禁药物?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. 您是否患有或被怀疑患有先天性疾病、遗传性疾病或职业病? 是否有智力发育异常, 肢体、重要器官残疾、畸形或功能障碍?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11. 您有无飞行、潜水、跳伞、拳击、赛车、滑雪、特技表演等高风险运动嗜好? 若有, 请说明名称、地点、频率、受伤记录。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12. 您是否正计划前往其他国家或海外地区旅行, 工作或居住? 若“是”, 请详述时间及具体前往的国家/海外地区。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13. 女性补充告知 (16 周岁及以上填写) : 目前是否怀孕? 若“是”, 请说明: 怀孕_____周; A 您怀孕及生产期间是否有合并症? B 您是否因患乳腺疾病、妇科疾病而接受过医师的诊查、治疗、用药或住院手术?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14. 婴幼儿告知 (2 周岁及以下填写) : 出生时身高_____厘米, 体重_____公斤; 是否早产、多胎、难产、过期产、产伤、窒息、惊厥、抽搐、脑瘫、先天性疾病、遗传性疾病或畸形?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

15. **被保险人**: 身高_____厘米, 体重_____公斤; **投保人**: 身高_____厘米, 体重_____公斤。

16. **被保险人**目前固定年收入: _____万元, 主要来源: 工资 私营 务农 其他_____ ; 负债/贷款_____万元, 原因: _____。
投保人目前固定年收入: _____万元, 主要来源: 工资 私营 务农 其他_____ ; 负债/贷款_____万元, 原因: _____。

说明栏

(上述问题中如有任何答案为“是”, 请注明序号并具体说明, 有疾病史提供相关病历资料、检查报告; 若填写不下时, 请另附纸张填写, 并需投保人/被保人签字确认)

告知序号	说明对象	说明内容

投保人声明: 本人已知晓投保人应履行如实告知义务, 所有告知事项以书面告知为准。如投保人未履行如实告知义务, 足以影响贵公司核保结论的, 贵公司有权依法解除保险合同, 并依法不承担给付保险金的责任。

投保人签名: _____ 被保险人或其法定监护人签名: _____

申请日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日