

## 健康及财务告知书

保险合同编号		投保人姓名:	
投保人性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期: 年 月 日	被保险人性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期: 年 月 日

请在下列适当的“”内打“”，如需详述，请在特别事项说明栏填写。

### 健康告知

询问事项 (如投保险种的条款涉及投保人保费豁免的, 投保人栏必须填写, 请在相关 <input type="checkbox"/> 内打 <input checked="" type="checkbox"/> )	被保险人	投保人
1. 被保险人: 身高_____ (厘米) 体重_____ (公斤); 投保人: 身高_____ (厘米) 体重_____ (公斤); 过去2年内体重增减是否超过5公斤? 原因:	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2. 近6个月是否接受门诊检查或治疗、住院检查或治疗、外科手术或服用药物?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
3. a. 是否吸烟? 若“是”, 已吸烟_____年、_____支/天;	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
b. 是否饮酒? 若“是”, 已饮酒_____年、种类_____、数量_____ (两/周);	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
c. 是否曾接到医生对您饮酒、吸烟的建议和警告?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
4. 身体残障状况: a. 是否有: 四肢、五官、手指、足趾缺损, 痴呆、智力低下、视力、听力或中枢神经系统障碍?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
b. 是否有: 脊柱、胸廓、四肢、手指、足趾畸形, 跛行、脊髓灰质炎后遗症或其它缺陷?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5. 是否目前正出现或曾经出现下列症状、患有下列疾病或接受治疗:		
a. 心血管系统: 心悸、胸闷、胸痛、心脏杂音、高血压病(收缩压 $\geq$ 140mmHg或舒张压 $\geq$ 90mmHg)、狭窄性心包炎、心内膜炎、风湿性心脏病、先天性心脏病、缺血性心脏病、心肌病、心绞痛、心肌梗塞、心律失常、心脏瓣膜病变、心肌肥厚、血管畸形、主动脉血管瘤、静脉曲张、动脉硬化或其它心血管系统疾病?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
b. 神经系统及精神异常: 头晕、持续性头痛、晕厥、眩晕、脑出血、脑梗塞、暂时性脑缺血、脑动脉血管瘤、癫痫、帕金森氏综合症、重症肌无力、多发性硬化症、神经官能症 抑郁症或其它神经系统或精神疾病?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
c. 呼吸系统: 咯血、持续咳嗽、气急、不能平卧、支气管炎、肺炎、哮喘、肺脓肿、肺气肿、支气管扩张、肺结核、胸膜炎、尘肺、矽肺、肺源性心脏病或其它呼吸系统疾病?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
d. 消化系统: 呕血、便血、腹痛、肝区疼痛、肝炎、肝炎病毒携带、肝功能异常、脂肪肝、肝硬化、肝脓肿、肝内结石、胆石病、胆囊炎、肝脾肿大、化脓性胆管炎、消化道溃疡/出血/穿孔、胃炎、溃疡性结肠炎、胰腺炎、肛管疾病或其它消化系统疾病?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
e. 泌尿生殖系统: 血尿、蛋白尿、浮肿、肾炎、肾盂肾炎、肾病综合征、肾功能异常、肾衰竭、肾囊肿、泌尿系结石、膀胱疾病、前列腺疾病或其它泌尿生殖系统疾病?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
f. 骨骼、肌肉及结缔组织: 关节红肿、关节酸痛、关节炎、骨质疏松、肌肉萎缩、胸/颈/腰椎骨疾病、红斑狼疮、风湿病、类风湿病、胶原症或其它骨骼、肌肉或结缔组织疾病?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
g. 血液和造血系统: 不明原因皮下出血点、血友病、白血病、各类贫血、紫癜、骨髓疾病、被建议不宜献血或其它造血或血液系统疾病?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
h. 内分泌及代谢系统: 糖尿病、痛风、肢端肥大症、高尿酸血症、高脂血症、垂体机能亢进或减退、甲状腺或甲状旁腺机能亢进或减退、肾上腺机能亢进或减退, 或其它内分泌或代谢系统疾病?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
i. 眼、耳、鼻、喉或口腔: 视力明显下降、视物不清、视网膜病变、青光眼、白内障、视神经病变、听力明显下降、中耳炎、鼻息肉、不明原因的声嘶或其他眼、耳、鼻、喉或口腔疾病?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
j. 恶性肿瘤、尚未证实为良性或恶性的肿瘤、息肉、肿块、囊肿、赘生物?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
k. 任何持续发热、性病、酒精或药物滥用成瘾?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
l. 以上未述的其它疾病及症候?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
6. 过去五年是否曾 a. 做过X光、CT检查、心电图、活体组织检查、血液、超声波、内窥镜等检查?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
b. 接受门诊检查或治疗、住院检查或治疗、药物治疗、手术治疗、中医中药治疗?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
7. a. 您或您的配偶是否正接受或曾经接受艾滋病 (AIDS) 有关的检查或治疗?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

询问事项 (如投保险种的条款涉及投保人保费豁免的, 投保人栏必须填写, 请在相关□内打√)	被保险人	投保人
b. 目前是否正出现或曾经出现持续一周以上下列症状: 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"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
8. a. 您的父母、子女、兄弟姐妹是否患有高血压、心脏病、中风、糖尿病、甲状腺疾病、肾脏疾病、恶性肿瘤、精神病或其它遗传性疾病?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
b. 您的直系亲属中是否有早于65岁去世的? 若“是”请说明去世的原因。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<b>9. 投保人、被保险人若为女性(≥14周岁), 请填写(否则, 请到下一条):</b>		
a. 目前是否怀孕? 若“是”, 怀孕____周?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
b. 目前是否有乳房或淋巴结肿大、肿块、疼痛、血性溢乳等感觉或异常发现?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
c. 目前是否有阴道不规则流血、白带异常、下腹痛等不适感觉或异常发现?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
d. 过去是否患乳房、子宫、卵巢、输卵管等疾病而接受医师的诊察、治疗、用药或住院手术?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
e. 您怀孕或生产期间是否有合并症? 例如: 蛋白尿、糖尿病、宫外孕、高血压等	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
f. 是否有过不孕病史, 近半年是否出现月经周期、经期或经量的改变, 是否患有月经不调?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<b>10. 被保险人若为少儿(3周岁以下), 请填写:</b>		
a. 出生时的体重____公斤; 是否难产、窒息或早产?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
b. 是否有体重不达标, 是否有发育不良? 是否患有任何先天性疾病, 遗传性疾病或畸形?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

## 财务及其它告知

询问事项	被保险人	投保人
1. 每年固定收入约:	万元	万元
2. 您是否拥有公费医疗或社会医疗保险? (如此项勾选为“是”, 无须在特别说明栏详细说明)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
3. 您是否已购买人身险保险合同或费用补偿型医疗保险合同? 若是, 请说明承保的公司、险种名称及保险金额。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
4. 您的投保申请是否曾被本公司或其它保险公司拒保、延期、加费或作任何形式修改?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5. 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?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
6. 您是否有参加飞行、潜水、登山、赛车或其它危险性运动的嗜好?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
7. 您在过去5年中, 是否在国外逗留超过3个月或正准备往国外? 若是, 请说明日期、逗留地、时间和目的。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

特别说明栏: 在上述健康告知、财务及其它告知事项如有任何答案为“是”时, 请说明并提供相应的证明资料:

## 投保人与被保险人声明事项

- 本告知书、与告知书有关的各份问卷及文件、对体检医生和中英人寿保险有限公司(以下简称贵公司)的各项声明与陈述确实无误。若不属实, 贵公司有权解除保险合同。本人明白上述各项陈述及与之有关的资料是贵公司评估风险与决定是否承保所不可缺少的依据。
- 本人同意贵公司查阅投保人/被保险人的相关医疗记录及病历资料, 授权投保人/被保险人的相关医疗机构, 提供投保人/被保险人就诊的相关记录予贵公司及相关再保险公司。
- 本人授权贵公司及相关个人或组织因业务需要对投保人/被保险人的个人资料进行收集、传递、数据处理和统计、提供有关售后服务及其他金融产品和服务事宜。
- 贵公司及代理人已就本人投保的保险产品内容进行详细说明, 本人已经认真阅读并理解了投保须知、产品说明书、红利分配说明、保险合同退保金额、保险条款(包括保险责任、免责条款及合同撤销权)的各项内容。**
- (投保“万能型寿险”的客户)本人已经认真阅读并理解了**万能寿险产品说明书**, 本人了解万能险的保险保障、保险费分配、个人账户的管理和结算方法等事项, 明白个人账户价值直接受市场表现影响, 并知晓保险责任及合同双方的权利义务以保险合同所载为准。
- (投保“投资连结保险”的客户)本人已经认真阅读并理解了**投资连结保险产品说明书**, 本人了解投资连结保险的保险保障、保险费分配、个人账户、投资帐户的管理和价值评估方法等, 明白投资连结保险产品的投资回报具有不确定性, 投资风险由投保人承担, 并知晓保险责任及合同双方的权利义务以保险合同所载为准。
- 本人已经知晓贵公司保险代理的代理权限仅限于解释投保产品、说明填写投保书的注意事项、接受及转送有关保险文件和合同, 并明白贵公司的保险代理人无权决定此项投保申请或以后的理赔申请是否被接受。
- 本人已知晓销售人员不得收取现金和不得代领保险金。**

投保人签名: \_\_\_\_\_ 被保险人/监护人签名: \_\_\_\_\_ 签署地: \_\_\_\_\_ 签署日期: \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

代理人签名: \_\_\_\_\_ 代理人代码:

营业处名称/经代公司名称: \_\_\_\_\_ 营业处代码/经代公司代码: