

健康及财务告知书

保险合同编号						投保人姓名:	被保险人姓名:
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√)	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6个月内体重下降是否超过5公斤? 若是, 原因是:	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2. 近12个月内是否接受过门诊检查或治疗、住院检查或治疗、外科手术或服用药物? 近2年内是否做过X光、CT检查、磁共振检查、心电图、活体组织检查、血液、肿瘤标志物、超声波、内窥镜等检查? 若是, 请在“特别说明栏”详述。	<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
4. 身体残障状况: 是否有智力障碍? 是否有脊柱、胸廓、四肢、五官、手指、足趾畸形或缺失或功能障碍? 是否有言语、咀嚼、视力、听力、嗅觉、中枢神经系统机能障碍?	<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)、缩窄性心包炎、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、肛肠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、鼻出血或其他眼、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、结节、囊肿、赘生物?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
6. 您是否有使用违禁药品或是滥用成瘾性药物?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
7. 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
8. 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、肝炎、肾脏疾病、恶性肿瘤、精神疾病、血友病、多囊肾、肠息肉或其它遗传性疾病?	<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
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):		
a. 目前是否怀孕? 若“是”, 怀孕_____周? 是否定期产前检查? 若有产前检查, 结果是否有异常?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
b. 是否有乳房肿块或结节、乳腺增生、乳腺纤维瘤、溢乳、腋下淋巴结肿大或其他乳房疾病? 是否有不规则阴道出血、盆腔炎、子宫肌瘤、子宫内膜异位症、卵巢囊肿或其他女性生殖器官疾病? 是否有宫颈细胞涂片检查或 HPV 检查且检查结果异常?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
10. 被保险人若为少儿 (3 周岁以下), 请填写:		
a. 出生时的体重_____公斤; 是否早产或是出生时有窒息? 若是, 请在“特别说明栏”说明出院诊断。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
b. 是否有发育迟缓、缺血缺氧性脑病、脑瘫、脑积水、惊厥、抽搐、智力障碍、先天性和遗传性疾病?	<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. 您是否拥有基本医疗保险或公费医疗? (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. 近 24 个月内, 您是否在其他保险公司已购买或正在申请人身保险合同, 且累计身故给付金额或累计重大疾病责任给付金额超过 50 万? 若是, 请说明承保的公司、险种名称及保险金额。若被保险人为未成年人, 请告知在其他保险公司及我司投保的人身保险合同 (含已经生效的及正在申请的, 本次于我司申请的除外) 所约定的被保险人死亡时给付的保险金额总和是_____万	<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 24 个月内中, 是否在国外逗留超过 3 个月? 是否正准备出国? 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

声明与授权事项

<p>1、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论据。</p> <p>2、本人 (指投保人和被保险人) 确认, 本人已经通过查阅贵公司官网 (www.aviva-cofco.com.cn) 及官方微信, 阅读、理解并同意《中英人寿服务协议和隐私政策》的全部内容。本人提交贵公司的个人信息为本人自愿提供的真实信息, 本人提供的被保险人及受益人的个人信息均已获得个人信息主体的明确授权同意。投保人、被保险人及受益人信息均准确无误。若信息不实, 不实信息足以影响贵公司是否同意承保或者提高保险费率的, 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、本人理解并同意: 贵公司为履行保险合同、提供相关服务及提升保险服务质量, 需要对本人个人信息进行收集、使用, 并可能会与第三方机构、组织或个人 (以下统称为第三方) 开展合作, 此类合作亦可能需要收集、使用或提供本人个人信息。本人同意并授权贵公司进行以下行为:</p> <p>(1) 为签订和履行相关保险合同的目的, 收集和使用权本人向贵公司提供的本告知书及投保单中的个人信息 (“保单信息”);</p> <p>(2) 在法律允许的范围内, 从各种渠道查阅、收集与本保险申请、理赔及服务有关的投保人/被保险人个人信息, 包括但不限于从投保人/被保险人就诊、体检或参保的相关医疗机构、体检机构、其他保险公司查阅、收集投保人/被保险人的相关医疗记录、体检报告、病历资料 (统称“外部信息”)。本人及被保险人同意并授权上述各渠道可向贵公司提供外部信息。</p> <p>(“保单信息”和“外部信息”合称为“本人及被保险人相关信息”)</p> <p>(3) 将本人及被保险人相关信息用于保险申请、理赔、服务、数据收集、传递、统计、分析等事宜。</p> <p>(4) 下列与第三方共享本人及被保险人相关信息的行为:</p> <p>(a) 委托其他方处理个人信息:</p> <p>-贵公司可委托第三方处理本人及被保险人相关信息, 用于下列情况: (i) 核保、理赔及其他签订、履行保险合同的行为; (ii) 信用及健康评估; (iii) 再保险; (iv) 其他合法数据处理行为。</p> <p>(b) 向其他方提供个人信息:</p> <p>-本人同意在法律、法规、规章及原中国银行保险监督管理委员会允许的范围内, 将本人及被保险人相关信息和因签署本保险合同而产生的保险信息, 以及履行本保险合同涉及的医疗信息, 授权中国银行保险信息技术管理有限责任公司 (简称中国银保信) 通过商业健康保险信息平台进行信息管理及合理利用。本人同意上述信息可在贵公司及其他保险公司为本人提供服务时, 通过商业健康保险信息平台查询、收集与其提供服务相关的必要信息。同时, 本人亦授权上述公司, 在依据行业监管及为实现服务目的之需要而与其他机构进行必要合作的前提下, 对上述信息进行合理使用及信息共享 (包括但不限于: 因保险监督管理及风险控制之需要而进行的行业内信息分享; 因信息数据使用、存储、下载之需要而与第三方合作机构进行的数据交互; 为提高保险服务水平之需要而与医疗卫生和健康管理机构进行的诊疗信息及健康记录的查询共享; 为公共服务之需要与其他政府机构、监管部分、司法机构及第三方信息信用平台进行的信息共享等);</p> <p>-贵公司可根据法律法规规定或有关主管部门要求, 向有关主管部门提供本人及被保险人相关信息。</p> <p>-在法律、法规和监管政策允许的范围内, 可将个人信息提供给预约挂号、体检、SOS 援助等服务机构用于提供相关服务 (详细内容可通过查阅公司官网</p>

www.aviva-cofco.com.cn 及官方微信,《中英人寿服务协议&隐私政策》)。

本人及被保险人知悉并了解中英人寿在进行上述行为时,将遵循合法、正当、必要的原则,并严格履行保密义务。

本人保证,本人已获得被保险人对本授权条款所述内容的同意和授权,并保证相关信息、资料真实、准确、有效,否则由此引发的一切后果均由本人承担。

4、贵公司及营销员已就本人投保的保险产品内容进行详细说明,本人已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、免责条款与合同撤销权)的各项内容。对于保险合同中的责任免除条款、免赔额、免赔率、比例赔付或者给付条款等免除或减轻保险公司责任的条款,贵公司及营销员已对本人进行过特别提示和明确说明。

5、(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。本人了解期交万能险需持续交费,如果没有按期支付保险费,可能导致合同效力中止。在合同效力中止期间,贵公司不承担保险责任。

6、本人已经知晓贵公司的保险代理的代理权限仅限于解释投保产品、说明填写投保单的注意事项。接受及传递有关保险文件和合同,并明白贵公司的保险营销员无权决定此项投保申请或以后理赔申请是否被接受。

7、本人确认,贵公司已向本人说明原保监发[2015]90号文《中国保监会关于父母为其未成年子女投保以死亡为给付保险金条件人身保险有关问题的通知》的规定。本人知悉并同意按该监管规定执行,即在被保险人成年之前,被保险人死亡时贵公司和各保险公司因被保险人死亡所实际给付的保险金总和限额如下:(1)对于被保险人不满10周岁的,不得超过人民币20万元;(2)对于被保险人已满10周岁但未满18周岁的,不得超过人民币50万元。对于超过上述限额的部分,贵公司不承担给付保险金的责任。

8、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

营销员签名: _____ 营销员代码: _____

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



CS901