

健康、财务及其他事项告知书

本告知书是针对合同号为：_____的保险合同中健康、财务及其他询问事项的重新告知，若该合同中告知事项与本次告知有不符之处，以本次告知为准。

A. 健康询问及告知

主被保险人	配偶	编号	询问事项
是 否	是 否		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	01	是否目前或曾经使用止痛药、麻醉剂、镇静安眠剂、迷幻药、毒品、有机溶剂等？ 若“是”，请在C.说明栏中告知连续使用时间及药物种类、名称。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	02	是否曾经接受或试图接受或准备接受与艾滋病（HIV/AIDS）或性病相关的医疗咨询、检查、治疗？若“是”，请在C.说明栏告知检测原因、时间和结果。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	03A	是否有以下身体残障？若“是”，请在C.说明栏中告知残障部位、程度及原因。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	03B	是否有智能障碍、失明、聋或哑、其他中枢神经系统功能障碍？
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	03C	是否有五官或肢体（四肢、手指、足趾）缺损？
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	03C	是否有头颅颜面畸形、脊柱或胸廓畸形、肢体（四肢、手指、足趾）畸形或功能障碍？
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	04A	是否目前饮酒或曾饮酒？（如回答“否”，则不必回答问题04B） 种类/单位：①啤酒/毫升 ②葡萄酒/毫升 ③黄酒/两 ④白酒/两 ⑤其他（请注明） 被 保 险 人：饮酒种类_____（填写序号）；每周饮酒_____天；每天量_____；约_____年； 配 偶： 饮酒种类_____（填写序号）；每周饮酒_____天；每天量_____；约_____年；
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	04B	是否现已停止饮酒？若“是”，被保险人戒酒时间距今_____年，戒酒原因： <input type="checkbox"/> 医生劝告 <input type="checkbox"/> 其他_____； 配偶戒酒时间距今_____年，戒酒原因： <input type="checkbox"/> 医生劝告 <input type="checkbox"/> 其他_____。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	05A	是否目前吸烟或曾吸烟？（如回答“否”，则不必回答问题05B） 若“是”，被保险人_____支/天，约_____年；配偶_____支/天，约_____年。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	05B	是否已戒烟？若“是”，被保险人戒烟时间距今_____年，戒烟原因： <input type="checkbox"/> 医生劝告 <input type="checkbox"/> 其他_____；配 偶戒烟时间距今_____年，戒烟原因： <input type="checkbox"/> 医生劝告 <input type="checkbox"/> 其他_____。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	06	是否曾经接受过输血或输注血制品或被建议不宜献血？若“是”，请在C.说明栏中告知时间及原因。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	07A	是否正在接受或准备接受或在过去五年内曾经接受下列检查或治疗？若“是”，请在C.说明栏告知检查或治疗项目、原因、时间及结果。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	07B	血液或尿液化验、心电图、X光、超声波、CT、核磁共振、脑电图、肌电图、内窥镜、心血管造影、活检或其他上述未列举的特殊检查？
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	07B	手术治疗、住院治疗、门诊治疗？
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	08A	目前是否患有或曾经患有或被怀疑患有下列症候或疾病？ 脑神经系统及精神疾病：反复头痛或眩晕、抽搐或惊厥、癫痫、脑血管畸形、脑中风、脑外伤、帕金森氏病或帕金森氏综合症、脊髓疾病、重症肌无力或其他肌肉疾病、多发性硬化症、瘫痪或麻痹、感觉或运动异常、震颤或其他不随意运动、神经痛或神经炎、意识障碍、抑郁或焦虑、精神分裂症及其他神经精神疾病。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	08B	心脏及血管系统疾病：心慌、胸痛、胸闷、晕厥、心律失常、心脏杂音、心脏扩大、心力衰竭、心电图异常、心绞痛、高血压、冠心病、心肌梗塞、先天性心脏病、风湿性心脏病或其他心脏瓣膜疾病、心肌炎、心肌病、心内膜炎、心包炎、主动脉瘤、脉管炎或其他心血管系统疾病。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	08C	呼吸系统疾病：反复咳嗽咯痰、痰中带血、咯血、气喘、呼吸困难、慢性支气管炎、哮喘、支气管扩张、肺气肿、肺心病、肺结核、胸腔积液、肺炎、胸膜炎、尘肺、肺纤维化及其他呼吸系统疾病。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	08D	消化系统疾病：呕血、便血、反复发作的腹痛、肝功能异常、黄疸、肝肿大、脂肪肝、肝炎、肝炎病毒携带、肝硬化、肝脓肿、肝囊肿、胆囊或胆管结石或炎症、食道静脉曲张、慢性胃炎、胃或十二指肠溃疡或穿孔、溃疡性结肠炎、克隆病、胰腺炎、痔疮、肛瘘及其他消化系统疾病。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	08E	泌尿系统疾病：血尿、蛋白尿、浮肿、肾功能异常、肾盂肾炎、肾炎或肾病、肾囊肿、肾积水、尿毒症、肾移植、肾下垂、尿路结石或畸形、前列腺肥大或发炎、尿路感染及其他泌尿系统疾病。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	08F	内分泌、血液系统疾病：高血糖、糖尿病、高血脂症、痛风、甲状腺或甲状旁腺机能亢进或减退、肾上腺皮质机能亢进或减退、垂体机能亢进或减退、原因不明的皮肤、粘膜或齿龈出血、各类贫血、紫癜、白血病、淋巴结肿大、脾肿大或脾功能亢进、血友病及其他内分泌及血液系统疾病。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	08G	骨骼、关节、结缔组织疾病：关节红肿或变形、关节疼痛、类风湿性关节炎、强直性脊柱炎、椎间盘突出、椎管狭窄、脊柱裂、股骨头坏死、骨关节炎、硬皮病、系统性红斑狼疮及其他骨骼、关节或结缔组织疾病。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	08H	五官科疾病：视网膜剥离或出血、视神经病变、眼底病变、高度近视800度以上、青光眼、白内障、复视、鼻衄、近期原因不明的声音嘶哑、听力下降、美尼尔病及其他五官科疾病。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	08I	肿瘤和癌症：肉瘤、癌、良性肿瘤或尚未证实为良性或恶性之肿瘤、息肉、囊肿、硬块、赘生物等。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	08J	原因不明的发热、消瘦或体重增加（体重一年内增减超过5公斤）。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	08K	职业病、酒精中毒、农药中毒、服药过量或药物中毒、金属中毒、自杀或企图自杀等。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	08L	目前或曾经是否患有以上未列举的症候或疾病？

若对 08 项健康询问的回答为“是”时，请在本栏中详细说明。

编号	说明对象	疾病名称	发病日期	是否住院	诊疗医院	最近一次治疗日期	目前状况	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	09A	女性补充告知 (09B-09D 若回答是, 请在 C. 说明栏内详述检查原因、检查项目和结果)					
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	09B	目前是否怀孕? 若“是”, 已怀孕____周。					
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	09C	是否有孕产先天性疾病儿或畸形儿史或曾有妊娠并发症, 如蛋白尿、高血压、糖尿病等?					
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	09D	是否有乳房肿块或疼痛、乳腺病、血性泌乳、阴道不规则流血、近六个月的月经不调、子宫肌瘤、子宫内膜异位、卵巢囊肿等症候疾病或其他乳房、生殖器官症候疾病?					
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	10	是否曾经接受乳房或生殖系统检查(如乳房 X 光或超声波、盆腔超声波、腹腔镜、活检或宫颈涂片检查等)?					
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	10	家族病史: 父母、子女、兄弟姐妹是否患有或曾经患有癌症、白血病、心脏病、中风、高血压、糖尿病、精神病、病毒性乙型肝炎或乙肝病毒携带、多囊肾、肠息肉、血友病、其他遗传性疾病等?					

若对 11 项健康询问的回答为“是”时, 请在下表中告知; 告知对象填写主被保险人或配偶, 患病对象栏请填写对象与告知人的关系

告知对象	患病对象	疾病名称	目前情况	患病时年龄	身故时年龄
主被保险人		两周岁以下儿童补充告知			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	11A	出生时体重为____公斤? 出生时是否有窒息、产伤、呼吸困难等异常情况?		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	11B	是否有畸形、发育迟缓、脑瘫、智能障碍、其他残障、反复发热或气喘或腹泻、遗传或先天性疾病?		
子女被保险人		子女被保险人是否有上述 1-11 项情形存在? 如是, 请在 C. 说明栏中详细说明。(附加子女保险时请告知)	投保人	13	如保险条款中涉及对投保人承担保险责任事项, 请投保人逐项回答 01 至 11 项的问题, 若对上述问题有一项回答为“是”, 请在本栏勾选“是”, 并在 C. 说明栏详细说明。
是 否			是 否		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

B. 财务及其他事项询问及告知

主被保险人	配偶	编号	询问事项
是 否	是 否		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	14	过去一年中是否曾在中国以外的国家或地区连续居住超过一个月或正拟前往其他国家或地区? 若“是”, 请在 C. 说明栏中告知已居住或拟前往的国家或地区名称、已居住或拟居住时间及前往原因。
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	15	是否参加赛车、赛马、私人飞行、拳击、武术、摔跤、攀岩、潜水、漂流、探险或特技表演及其他上述未提及的高风险活动? 若“是”, 请告知主被保险人参加的项目____; 配偶参加的项目____。
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	16	职业是否涉及或接触①高空②海上③潜水或水下④隧道坑道或井下作业⑤易燃易爆物、放射性物质⑥其他有毒有害物质或危险职业? 若“是”, 主被保险人职业涉及或接触____; 配偶职业涉及或接触____。(请填写序号)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	17A	是否驾驶摩托车? 若“是”, 请告知摩托车用途①工作时驾驶②仅上下班驾驶。主被保险人____; 配偶____。
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	17B	是否曾违章驾驶机动车并发生交通事故? 若“是”, 请在 C. 说明栏中告知日期及事故详情。
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	18	是否已购买或拟购买其他保险公司的人身保险产品? 若“是”, 请在 C. 说明栏告知投保日期、保额及险种。
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	19	是否投保其他保险公司的产品时未被承保、附加条件承保或申请过理赔, 若“是”, 请在 C. 说明栏中详述。
		20	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(请填写序号) 投保人: 每年的固定收入____万元, 收入来源____, 负债数额____万元, 负债原因____; 主被保险人: 每年的固定收入____万元, 收入来源____, 负债数额____万元, 负债原因____; 配偶: 每年的固定收入____万元, 收入来源____, 负债数额____万元, 负债原因____。

C. 说明栏 (若对上述 A 健康询问或 B 财务及其他事项询问的回答为“是”, 请在本栏详细说明。)

编号	说明对象	说 明 内 容

投保人与被保险人声明

本人在与此次保全作业有关的告知、问卷和文件中, 对贵公司的告知与陈述确实无误。本人提交的医疗和财务文件真实有效。本人同意贵公司根据此次提供的相关资料, 对既往生效保单(保单号见页首)的效力及生效条件进行重新审核。

投保人签名: _____ 主被保险人签名: _____ 配偶被保险人签名: _____ 未成年人法定监护人签名: _____
年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日