

## 补充健康及财务告知书 (保全)

**填写须知:**

1. 请用黑色水笔在□内打勾, 并正楷填写告知内容。
2. 如保险条款中含有**投保人保费豁免责任**, **投保人栏必须填写**。
3. 保全申请为**补充告知**时, 告知内容中的“**目前**”时间是指“**原保单生效日**”。

**财务及其他告知**

询问事项	投保人	被保险人
1. 您的固定年收入金额为?	万元	万元
2. 您的收入来源包括: ①工薪 ②个体 ③私营 ④房屋租赁 ⑤金融投资 ⑥存款利息 ⑦其他_____		
3. 目前您的职业有无改变? (如“有”, 请先办理职业变更)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
4. A. 您是否以摩托车为交通工具?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
B. 您是否为职业司机? 若“是”, 请在说明栏中告知车辆种类、载重量或载人数等。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5. 您是否曾违章驾车并发生交通事故, 若“是”, 请在说明栏中告知次数、时间、违章类型。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
6. A. 在过去的两年中, 您是否在本地区以外的国家或地区(含外地或境外)连续居住超过三个月? 若“是”, 居住的国家或地区: _____, 居住时间_____个月。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
B. 近一年内, 您是否计划出国? 若“是”, 计划去的国家或地区_____目的_____居住时间_____个月。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
7. 您是否在投保其它保险公司人身保险时, 被拒保、延期、附加条件或加费承保、提出或已经得到理赔?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
8. 您是否有参加赛车、赛马、搏击类运动、攀岩、潜水、滑雪、蹦极、飞行、探险或特技活动及其他高风险活动的爱好? 若“是”, 请在说明栏中告知参加的项目以及每年大约参加的次数。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

**健康告知**

询问事项	投保人	被保险人
9. 您是否目前吸烟或曾经吸烟? 若“是”, 请告知已吸烟 _____年, 吸 _____支/天。  您是否已戒烟, 若“是”, 请告知已戒除 _____年, 戒烟原因 _____。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
10. 您是否目前饮酒或曾经饮酒? 若“是”, 请告知饮酒 _____两/周, 饮酒 _____年。  酒的种类有: ①啤酒 ②葡萄酒 ③黄酒 ④白酒或洋酒等。  您是否现已停止饮酒, 若“是”, 请告知已停止 _____年, 停止饮酒的原因 _____。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
11. 您目前或过去一年内是否去医院进行过门诊的检查、服药、手术或其他治疗?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
12. 您过去三年内是否曾有医学检查(包括健康体检)结果异常?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
13. 您过去五年内是否曾住院检查或治疗(包括入住疗养院、康复医院等医疗机构)?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
14. 您是否目前或过去一年内曾有过下列症状? 反复头痛或眩晕、晕厥、意识障碍、慢性咳嗽、咯血、胸痛、心悸、呼吸困难、腹痛、呕血、黄疸、便血、听力下降、耳鸣、复视、视力明显下降、关节痛、原因不明的皮肤和粘膜及齿龈出血、原因不明的发热、体重下降超过5公斤、原因不明的肌肉萎缩、原因不明的包块或肿物、身体的其他感觉异常或活动障碍?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
15. 您是否目前患有或过去曾经有过下列症候、疾病或手术史? 若“是”, 请在说明栏告知。  A. 神经系统及精神方面疾病, 例如: 癫痫、脑中风、脑炎、脑膜炎、脑血管瘤及畸形、运动神经元病、阿尔茨海默氏症、帕金森氏综合症、脊髓疾病、重症肌无力、多发性硬化、抑郁症、精神病、脑部手术史等。  B. 循环系统疾病, 例如: 高血压、冠心病、心绞痛、心律失常、心肌梗塞、先天性心脏病、风湿性心脏病、肺源性心脏病、心肌病、室壁瘤、动脉瘤、心脏瓣膜病、心包炎、心内膜炎、病毒性心肌炎、主动脉疾病、下肢静脉曲张等。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

C. 呼吸系统疾病，例如：慢性支气管炎、肺气肿、哮喘、肺结核、肺栓塞、支气管扩张、肺大泡、尘肺、矽肺、间质性肺病、肺脓肿、胸膜炎、胸腔积液、肺纤维化等。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
D. 消化系统疾病，例如：胃炎、消化道溃疡、胰腺炎、肝炎（请注明类型）、肝炎病毒携带、多囊肝、肝脓肿、肝脾肿大、肝内胆管炎、肝硬化、胆囊炎、胆囊息肉、胆结石、胆管炎、慢性或溃疡性结肠炎、克隆病、腹部手术史等。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
E. 泌尿系统疾病，例如：多尿或少尿、血尿、蛋白尿、尿路畸形、肾炎、肾病、肾脏功能不全、尿毒症、肾移植、肾积水、肾囊肿、多囊肾、泌尿系统结石、泌尿系统手术史、前列腺炎、前列腺肥大等。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
F. 骨骼、肌肉、结缔组织的疾病，例如：风湿性关节炎、类风湿关节炎、强直性脊柱炎、椎管狭窄、脊柱裂、股骨头坏死、骨性关节炎、骨髓炎、皮肤炎、肌营养不良症、干燥综合症、系统性红斑狼疮、性病、艾滋病或皮肤疾病等。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
G. 内分泌、血液系统疾病，例如：糖尿病、糖耐量异常、痛风、甲状腺或甲状旁腺疾病、肢端肥大症、垂体功能亢进或减退、肾上腺功能亢进或减退、白血病、血友病、各类贫血、白塞氏病、紫癜或曾被建议不宜献血等。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
H. 五官科疾病，例如：视网膜出血或剥离、青光眼、白内障、高度近视（800度以上）、美尼尔病、中耳炎、鼻息肉、原因不明的声音嘶哑、其它五官科疾病及手术史等。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
I. 各种肿瘤或包块，包括：癌症、肿瘤、腺瘤、息肉、囊肿、赘生物、血管瘤、结节或淋巴结肿大等。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
16. 您是否曾有药物滥用或服用毒品？若“是”，请在说明栏告知。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
17. 您是否有智能障碍？是否有失明、聋哑及言语、咀嚼或身体其他部位缺损、残疾或功能障碍？ 若“是”请在说明栏说明智能障碍等级；残疾部位（哪侧）、原因、有无功能障碍、是否使用辅助器械。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
18. 您的父母、子女、兄弟姐妹是否有患有癌症、心脑血管疾病、白血病、血友病、糖尿病、多囊肝、多囊肾、肠息肉或其他遗传性疾病？（若是，请在下表告知）	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
患病对象	所患疾病名称	患病时年龄	生存情况	身故时年龄
		周岁	<input type="checkbox"/> 健在 <input type="checkbox"/> 身故	周岁
		周岁	<input type="checkbox"/> 健在 <input type="checkbox"/> 身故	周岁
19. 女性补充告知（年龄≥10周岁时填写）：				
A. 您目前是否怀孕？若“是”，怀孕_____周？如有产前体检报告请提供。				
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
B. 您怀孕及生产期间是否有合并症？例如：蛋白尿、高血压、糖尿病、宫外孕等。				
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
C. 您是否曾有阴道异常流血、畸胎瘤、葡萄胎、盆腔炎或其他任何乳房、子宫、卵巢的疾病？				
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
20. 儿童补充告知（年龄≤2周岁时填写）：				
A. 请告知出生时身长_____厘米，体重_____公斤。				
B. 是否为早产、难产？出生时是否曾有产伤、窒息等异常情况？				
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
C. 是否有畸形、发育迟缓、惊厥、抽搐、脑瘫、先天性和遗传性疾病？				
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				

### 说明栏

若上述告知为“是”时，请注明对象（投保人、被保险人），在本栏中详细说明。		
序号	说明对象	说明内容

### 声明及签名栏

本人对于贵公司上列各项书面询问，均据实回答，贵公司必要时可随时向被保险人所诊病之医院或主治医师查询有关诊疗记录，如有虚假不实不尽之情形，贵公司可依照《保险法》规定解除本保险契约，不承担给付责任，特此声明如上。		
投保人签名：	被保险人/法定监护人签名：	日期： 年 月 日