保險股份有限公司
INSURANCE CO.,LTD.

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.您是否已经拥有或正在申请其他保险公司的人身保险合同？若“是”,请告知公司及险种名称、保险金额、投保日期。	□	□	□	□
2.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？	□	□	□	□
3.您最近一年内是否有过头晕、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？一年内是否有过身体检查结果异常？	□	□	□	□
4.您最近一年内是否去医院进行过门诊的检查服药、手术或其他医疗？	□	□	□	□
5.您过去五年内是否曾经住院？是否做过手术？	□	□	□	□
6. 您是否患有或被怀疑患有癌症、肿瘤、包块、结节或肿物、艾滋病或 HIV 阳性？是否接受过器官移植？	□	□	□	□
7. 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？	□	□	□	□
8. 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？	□	□	□	□
9.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？	□	□	□	□
10.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。	□	□	□	□
11.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。	□	□	□	□
12.**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？	□	□	□	□
13.**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？	□	□	□	□

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

15.**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

投保声人明：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