

补充告知问卷

投保人: _____ 被保险人: _____ 保单号/印刷号: _____
健康告知栏(如投保险种中不涉及投保人保险费豁免责任,投保人健康告知栏无须填写)

询问事项	被保险人是否	投保人是否
1. 被保险人身高_____厘米, 体重_____公斤; 投保人身高_____厘米, 体重_____公斤。		
2. 您是否有吸烟习惯并且每日吸烟大于20支、持续吸烟超过5年? 若“是”, 请详述: A. 被保险人每天_____支, 已吸烟_____年; 投保人每天_____支, 已吸烟_____年。 B. 您是否有停止吸烟或曾被建议戒烟的经历? 如有请详细说明原因_____。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. 您是否每周饮酒超过3次或每日饮酒超过啤酒1000ml/红酒500ml/白酒500ml? 若“是”, 请告知被保险人饮酒_____年; 饮酒的种类为: ①啤酒_____(瓶/天) ②红酒_____(两/天) ③白酒_____(两/天) ④其他_____ 请告知投保人饮酒_____年; 饮酒的种类为: ①啤酒_____(瓶/天) ②红酒_____(两/天) ③白酒_____(两/天) ④其他_____。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. 您目前或过去一年内是否曾有过下列症状? 如: 反复头痛、眩晕、胸痛、咯血、气喘、腹痛、便血、包块或肿物、原因不明的发热、皮肤和粘膜及齿龈出血、体重下降超过5公斤, 原因不明的肌肉萎缩, 身体的其他感觉异常或活动障碍。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. 您过去一年内是否接受过医师的诊查、治疗、用药、住院或手术建议(自然分娩、剖腹产、上呼吸道感染、皮肤擦伤、齿科治疗除外)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. 您过去三年内是否曾有过肿瘤标志物的血液学检查、心电图、脑电图、眼底、超声波、X线、CT、核磁共振、穿刺、造影、胃镜、肠镜等影像学检查、任何活检或病理检查, 内窥镜等检查? 若“是”, 请注明检查时间与结果。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. 您过去五年内是否住院诊疗? 若“是”, 请注明住院的原因、时间、治疗结果及医院名称。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. 您是否有智能障碍? 是否失明、聋哑及言语、咀嚼或身体其他部位残缺、残疾或功能障碍? 若“是”, 请说明智能障碍等级和残疾等级。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. 您是否曾经患有或被怀疑患有以下疾病? 若“是”, 请注明就诊医院、疾病名称、治疗时间和结果: A. 神经系统及精神方面疾病, 例如: 癫痫、肢体瘫痪、脊髓疾病、多发性硬化、重症肌无力、帕金森氏综合症、脑中风、阿尔茨海默病、脑动/静脉血管瘤及畸形、精神病、抑郁症、神经官能症、脑部手术史; B. 呼吸系统疾病, 例如: 慢性支气管炎、肺气肿、肺心病、哮喘、肺结核、肺栓塞、支气管扩张、尘肺、间质性肺病、肺纤维化; C. 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、心脏瓣膜病、风湿性心脏病、心肌病、主动脉疾病、川崎病、心包炎、心导管等心血管介入治疗; D. 消化系统疾病, 例如: 肝炎(请注明类型)、乙肝或丙肝病毒携带、多囊肝、胆结石、肝硬化、胰腺疾病、胃和/或十二指肠溃疡、慢性或溃疡性结肠炎、克隆病、腹部手术史; E. 泌尿系统及生殖系统疾病, 例如: 血尿、肾炎、肾病综合症、多囊肾、肾脏功能不全、尿毒症、肾结核、肾积水、泌尿系统结石、泌尿系统手术史、生殖器官疾病; F. 内分泌及肌肉骨骼、结缔组织疾病, 例如: 糖尿病、甲状腺或甲状旁腺疾病、肾上腺疾病、脑垂体异常、类风湿性关节炎、风湿病、痛风、强直性脊柱炎、肌肉骨骼关节疾病、系统性红斑狼疮、艾滋病; G. 血液系统疾病, 例如: 贫血、血小板减少、紫癜症、白血病、血友病、再生障碍性贫血、淋巴瘤; H. 五官科疾病, 例如: 视网膜出血或剥离、白内障、青光眼、高度近视(800度以上)、听力减退、五官手术史; I. 癌症、肿瘤(恶性、良性或尚未证实为良性或恶性的)、肿块、息肉、囊肿、赘生物; J. 先天性疾病、遗传性疾病、脑外伤后遗症, 急/慢性中毒、职业病; K. 以上未提及的其他疾病或症状。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. 您是否使用过任何成瘾药物, 如镇静安眠剂、迷幻药、吸食有机溶剂或毒品? 若“是”, 请说明。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11. 女性补充告知栏【14周岁(含14周岁)以上请填写】: A. 您是否正在怀孕? 若“是”, 孕期_____周; B. 您目前是否正处于产后一个月内? C. 您是否曾有子宫肌瘤、畸胎瘤、葡萄胎、阴道异常出血、乳腺包块或其他任何乳房、子宫、卵巢的疾病及妊娠并发症?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12. 婴幼儿补充告知栏【2周岁(含2周岁)以下填写】: A. 出生时身高_____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? 是否有畸形、发育迟缓、惊厥、脑瘫?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13. A. 您的父母、子女、兄弟姐妹是否患有乳腺癌/卵巢癌/结肠癌/直肠癌/阿尔茨海默病、运动神经元疾病、肝豆状核变性、血友病、冠心病、血色病、色素性视网膜炎、糖尿病、精神疾病、多囊肾、家族性腺瘤性息肉、多发性硬化、肌营养不良以及其他遗传性或传染性疾病? B. 您的直系亲属中是否有60岁以前去世的? 若“是”, 请说明亲属关系、确诊疾病名称和确诊时的年龄。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

财务及其他告知栏(如投保险种中不涉及投保人保险费豁免责任, 14-19项投保人栏无须填写)

14. 您目前是否有其他保险公司的人身保险? 若“是”, 请注明投保险种、保险金额、承保公司、承保时间。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15. 您过去是否被保险公司解除合同或投保、复效时被拒保、延期、附加条件承保? 若“是”, 请详述。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
16. 您是否有任何形式的人身保险理赔? 若“是”, 请详述。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
17. 您是否参加飞行、潜水、攀岩、蹦极、跳伞、武术、拳击、赛车、特技活动等危险运动或爱好?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
18. A. 被保险人您是否有驾驶执照? 若“是”, 请选择 <input type="checkbox"/> A照 <input type="checkbox"/> B照 <input type="checkbox"/> C照 <input type="checkbox"/> D照 <input type="checkbox"/> E照 <input type="checkbox"/> 其他_____ 投保人您是否有驾驶执照? 若“是”, 请选择 <input type="checkbox"/> A照 <input type="checkbox"/> B照 <input type="checkbox"/> C照 <input type="checkbox"/> D照 <input type="checkbox"/> E照 <input type="checkbox"/> 其他_____ B. 您是否曾违章驾车并发生交通事故, 若“是”, 请告知次数、时间、违章类型。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
19. 您是否正准备出国? 若“是”, 请告知国家名称、出国原因、计划出国时间及停留时间。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
20. 被保险人每年固定收入约_____万元, 主要来源: <input type="checkbox"/> 工薪 <input type="checkbox"/> 私营 <input type="checkbox"/> 房屋出租 <input type="checkbox"/> 其他_____ 投保人每年固定收入约_____万元, 主要来源: <input type="checkbox"/> 工薪 <input type="checkbox"/> 私营 <input type="checkbox"/> 房屋出租 <input type="checkbox"/> 其他_____		

告知说明及备注栏(以上健康、财务及其他告知栏中4-19项询问如回答“是”, 请在本栏中标明问题序号并详细说明)

声明: 本问卷所填各项内容均完整、真实、无误, 如有隐瞒或告知不实, 贵公司可依据《保险法》规定解除保险合同, 并对合同解除前发生的保险事故不承担保险责任。 投保人签名: _____ 被保险人/法定监护人签名: _____ 见证业务员签名: _____ 以上应由本人亲笔签名, 否则本补充告知无效。 _____年 月 日
--