



305

# 告知问卷

保险合同号： \_\_\_\_\_ 投保人姓名： \_\_\_\_\_ 申请日期： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

保险公司询问事项：	投保人	被保险人
投保人身高为 _____ 厘米，体重 _____ 公斤；被保险人身高为 _____ 厘米，体重 _____ 公斤。 投保人固定年收入为 _____ 万元，收入来源为 _____；被保险人固定年收入为 _____ 万元，收入来源为 _____。 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（请详述） _____。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
1.您是否拥有机动车驾照？若有，驾照类型：	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2.您是否投保过或正在申请其他公司人身保险？若是，请注明投保种、保险金额、承保时间及公司。若被保险人为未成年人，请告知投保的人身保险合同所约定的被保险人死亡时给付的保险金额总和为 _____ 万元。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
3.您是否有借贷？若是，请在说明栏中详述借贷事由、金额、债权人及偿还期限等信息。	<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拒保、延期、加费或作任何承保条件的修改（含我公司及其他保险公司）？若是，请详述。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5.您是否参加潜水、跳伞、滑雪、滑水、滑翔、狩猎、攀岩运动、探险活动、武术比赛、摔跤比赛、特技表演、赛马、赛车、蹦极等高风险运动？若是，请详述。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
6.您是否在国外持续居住超过三个月或准备出国？前往国家：	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
7.您过去一年内是否有以下不适症状或体征：如反复头痛、头晕、胸痛、胸闷、心悸、气喘、咳嗽、咳血、腹痛、腹泻、血尿、便血、皮肤黄染、体重在12个月内下降超过5千克？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
8.您过去一年内是否因受伤或患病去医院门诊接受诊查、治疗或住院，或被医师建议治疗或手术？若是，请在说明栏中详述医院诊断、诊治经过及预后。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
9.您在过去2年内是否做过以下检查：血压、血液和尿液化验检查、X光、心电图、B超、CT、核磁共振、内窥镜、病理活组织检查或其他化验检查？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
10.您过去是否患有、曾被怀疑患有或因以下疾病症候而接受治疗？ <b>a.脑、神经系统及精神方面疾病：</b> 脑膜炎、脑炎、脑瘤、脑中风（脑出血、脑梗塞、短暂性脑缺血）等脑血管疾病；癫痫、脊髓病变、重症肌无力、多发性硬化、帕金森氏病；抑郁症、精神分裂症、神经衰弱、神经官能症以及其他神经或精神方面疾患？ <b>b.五官科疾病：</b> 如原因不明的声音嘶哑、听力下降、复视、耳鸣、中耳炎、美尼尔病、白内障、青光眼、800度以上近视、视神经或视网膜病变、慢性鼻炎、鼻息肉或其他五官科疾病等？ <b>c.循环系统疾病：</b> 如高血压、冠心病、心肌梗塞、风湿性心脏病、先天性心脏病、风湿热、主动脉瘤、肺心病、心律失常、传导阻滞、心包炎、心肌病、下肢静脉曲张及其他心血管系统疾病？ <b>d.呼吸系统疾病：</b> 如支气管炎、肺气肿、支气管扩张、肺结核、气胸、哮喘或其他呼吸系统疾病？ <b>e.消化系统疾病：</b> 如肝炎病毒携带、肝炎、脂肪肝、肝硬化、肝肿大、肝胆结石、胆囊息肉、胰腺疾病、胃炎、消化道溃疡或出血、穿孔、结肠炎、肠息肉、肠梗阻、疝气或其他消化系统疾病？ <b>f.泌尿及生殖系统疾病：</b> 如肾炎、肾小球疾病、肾病综合症、肾功能衰竭、多囊肾、泌尿系结石或感染、前列腺疾病或其他泌尿及生殖系统疾病？ <b>g.内分泌及结缔组织疾病：</b> 如糖尿病、痛风、高尿酸血症、甲状腺疾病、肾上腺疾病、脑垂体疾病；类风湿性关节炎、风湿病、红斑狼疮、胶原病、白塞氏病、免疫性疾病、肌肉骨骼关节疾病等？ <b>h.血液疾病：</b> 如原因不明的皮肤、粘膜及齿龈出血、白血病、再生障碍性贫血、血友病、紫癜症、贫血、脾脏疾病等？ <b>i.癌症、良恶性肿瘤、腺瘤、息肉、囊肿、痔疮、任何包块或肿物等？</b> 其他需持续关注或治疗的疾病或异常症状体征？ <b>j.顽固性皮肤病、性病，传染性疾病或任何职业病？</b> 您或您的配偶是否接受过 <b>艾滋病的检查和治疗？</b> 或在过去6个月以内曾经持续一周以上的下列症状：体重下降、食欲不振、盗汗、腹泻、淋巴结肿大及皮肤溃疡？ <b>k.接受过输血或被建议不宜献血？</b> 您是否使用过任何违禁药品或成瘾性药物，是否服用、吸食或注射过毒品？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
11.身体残障情况：有无智能障碍；有无失明、聋哑、跛行、小儿麻痹后遗症；有无脊柱、胸廓、四肢、五官畸形或功能障碍；有无言语、咀嚼、视力、听力、嗅觉、四肢及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
12.有否吸烟：若有，请说明每天吸 _____ 支，约 _____ 年。若已停止吸烟，戒烟 _____ 年。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
13.有否饮酒：若有，请说明饮酒种类每天约 _____ 两，约 _____ 年。若已停止饮酒，戒酒 _____ 年。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
14.家族史栏：您的亲生父母、兄弟姐妹是否患有心脏病，中风、高血压、糖尿病、肾病、精神病、肝炎、癌症或任何遗传性疾病；或因上述疾病死亡？如回答为“是”，请告知相关年龄，所属关系及疾病或死亡疾病的名称。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
15.女性告知栏：（ <b>年满14周岁女性需要填写</b> ） a.目前是否怀孕？若是，怀孕 _____ 周？ b.您是否曾有子宫肌瘤、畸胎瘤、葡萄胎、阴道异常出血、宫颈上皮内瘤变、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"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
16.2周岁以下（含2周岁）被保险人告知栏：出生时的身高为 _____ 厘米，体重 _____ 千克； a.是否为早产儿？出生时是否曾有产伤、窒息等异常情况？ b.是否有发育迟缓、智力障碍、惊厥、抽搐、脑瘫、缺氧缺血性脑病、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
说明栏		

## 投保人与被保险人声明

以上各项询问事项，投保人和被保险人均如实填写。如因故意或重大过失未如实告知，足以影响贵公司决定是否同意承保或提高保险费率的，贵公司有权解除保险合同，有权根据保险法的规定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（监护人）签名： \_\_\_\_\_

签署日期： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 签署日期： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日