

保险合同号: \_\_\_\_\_

填写日期: \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

(填写说明: \* 请用黑色钢笔或签字笔在对应的口内勾选, 并正楷填写告知内容。)

健康告知事项	投保人		被保险人		其他被保险人	
	有(是)	无(否)	有(是)	无(否)	有(是)	无(否)
1. 原保险合同所涉及的告知内容是否有不属实? 如果“有”, 请在说明栏告知事件发生时间及详细情况。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 目前投、被保险人的身高和体重。	身高____厘米 体重____公斤		身高____厘米 体重____公斤		身高____厘米 体重____公斤	
3. 您是否目前吸烟或者曾经吸烟? 若是, 已吸烟____年, ____支/天。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 您是否目前饮酒或者曾经饮酒? 若是, 已饮酒____年, 种类为____毫升/周, 饮酒的种类有: ①啤酒 ②葡萄酒 ③黄酒 ④白酒 您是否现已停止饮酒, 如果“是”, 请再说明栏告知停止饮酒时间及原因。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 您目前是否有药物滥用或服用毒品? 若“是”, 请在说明栏告知。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 原保单生效日起至今是否有过下列症状? 反复头痛或眩晕、晕厥、咳血、胸痛、呼吸困难、呕血、黄疸、便血、听力下降、耳鸣、复视、视力明显下降、原因不明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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 原保单生效日起至今是否去医院进行过门诊的检查、服药、手术或者其他治疗?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 原保单生效日起至今是否曾有医学检查(包括健康体检)结果异常?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 原保单生效日起至今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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 原保单生效日起至今是否曾患有以下疾病? 脑、神经系统及精神方面的疾病, 心血管疾病, 呼吸系统疾病, 消化系统疾病, 泌尿系统疾病, 骨骼、肌肉、结缔组织的疾病, 内分泌、血液系统疾病, 五官科疾病, 以上未提及的肿瘤和癌症。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 您是否有智能障碍, 或五官、脊柱、胸廓、四肢、手足、足趾缺损、畸形或功能障碍? 如果“有”, 请在说明栏告知智能障碍等级, 残疾部位(具体位置)、原因、有无功能障碍、是否使用辅助器械	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 妇女补充告知栏(未满18周岁免告知) a. 您目前是否怀孕? 如果“是”, 怀孕____周; b. 怀孕及生产期间是否有合并症? 例如: 蛋白尿、血尿、高血压、糖尿病等; c. 您是否有子宫、乳腺、阴道等妇科其他疾病?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 您是否有参加赛车、赛马、搏击类运动、蹦极、滑雪、攀岩、潜水、探险或特技活动及其他高风险活动的爱好? 如果“有”, 请在说明栏告知参加的项目以及每年大约参加的次数。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 目前您的职业有无改变?(如果“有”, 请先办理职业变更)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
财务及其他告知事项						
15. 过去的两年中, 您是否在本地区以外的国家或地区(包括外地或境外)连续居住超过三个月? 如果“是”, 居住的国家或地区____, 居住时间____个月。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. 您是否有机动车驾驶证? 如果“有”, 请告知驾照类型。 您是否曾违章驾车并发生交通事故? 如果“是”, 请在说明栏告知次数、时间、违章类型。	类型____ <input type="checkbox"/>		类型____ <input type="checkbox"/>		类型____ <input type="checkbox"/>	
17. 您固定的年收入为多少? 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。	____万元 序号____		____万元 序号____		____万元 序号____	
18. 您是否投保其他保险公司的下列产品时, 被非标准承保或申请过理赔? 产品: ①人寿保险 ②重大疾病险 ③住院医疗险 ④意外险 ⑤其他保险; 其结果为: ①拒保 ②延期 ③附加条件或加费承保 ④提出或已经得到理赔。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 说明栏

\* 上述告知事项, 如果答复“有”或“是”时, 请注明序号及告知对象(投保人、被保险人、其他被保险人), 在本栏中详细说明。

序号	告知对象	告知内容

补充告知:

### 投保人及被保险人声明与授权:

- 本人对上述各项内容均已理解并做出了相应的如实告知, 本人同意将此申请书作为原保险合同的一部分, 如果有何告知不实, 前海人寿保险股份有限公司(以下简称“贵公司”)有权解除本保险合同, 对于合同解除前发生的保险事故, 贵公司不承担保险责任;
- 本人授权贵公司可以从任何单位、组织和个人就有关保险事宜查询、索取与本人相关的资料或证明, 贵公司对个人资料承担保密义务;
- 除本人申请终止外, 本人接受贵公司根据续保条件对一年期险种提供自动续保;
- 对于保险期间为一年期的险种, 若贵公司未收到本人不再继续投保的书面申请, 可视作本人申请下一保险年度继续投保。

投保人/原投保人签名:	被保险人/监护人签名:	其它被保险人/监护人签名:
-------------	-------------	---------------