



健康财务告知书



04

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。 序号____	____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；
- 本人授权前海人寿保险股份有限公司可以就本保险合同事宜向医疗机构、公安机关、保险公司、有关组织机构和个人、以及为提升产品质量和服务目的展开必要合作的第三方，进行信息提供、查询和收集投保人及被保险人的资料信息和索取有关证明。本人所提供的以及授权前海人寿所查询、收集的全部信息，仅限前海人寿及为提升产品质量和服务目的展开必要合作的第三方用以处理与本保险合同有关的客户服务、保单审核、保单理赔、产品推荐，以及进行数据分析、处理和市场调查等事宜。为确保信息安全，前海人寿保险股份有限公司与上述各方应采取有效措施，并承担保密义务。

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：
-------------	-------------	---------------