

健康及财务告知

重要提示:

- 1、本次保全告知的各项内容及提供的资料,将作为本公司计算保费、核保的重要依据。为保护您的合法权益,请您提供真实、完整的信息。如有故意隐瞒或不实告知,我公司有权依据法律规定及本保险合同约定解除保险合同。
- 2、申请补充告知时,您可以根据相应产品投保时的健康告知以及您补充告知的具体内容,选择以下告知事项中对应的选项,并在说明栏详细说明,未勾选的项目视为未进行补充告知。
- 3、以下项目回答为“是”时,请在说明栏中写明项目编号、说明对象,并详细描述(包括日期、诊断、持续时间、治疗及检验结果、医院名称及其他详情),本公司将严格遵守相关法律法规承担保密义务。

保单号: _____ 投保人: _____ 被保险人: _____

1、基本信息

投保人: 身高_____厘米; 体重_____公斤;
固定年收入_____万元(主要收入来源: ①工薪 ②私营 ③证券投资 ④银行利息 ⑤房屋租赁 ⑥其它)

被保险人: 身高_____厘米; 体重_____公斤;
固定年收入_____万元(主要收入来源: ①工薪 ②私营 ③证券投资 ④银行利息 ⑤房屋租赁 ⑥其它)

2、健康告知

编号	请提供“是”或“否”的答案,若被保险人为未成年人,则请被保险人的父母代为回答。 如申请投保人豁免保费附加险,请务必填写投保人一栏。	被保险人		投保人	
		是	否	是	否
1	过去一年内体重是否增加/减少 ≥ 5 公斤(因未成年人正常生长发育或健身运动、分娩导致体重变化的情形除外),若“是”,请详细说明具体原因。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	是否抽烟 ≥ 400 支年(支年=每日吸烟支数 \times 烟龄),或被医生提出减少吸烟、戒烟的建议或警告?若“是”,请详细说明。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	是否目前或曾经有酒精滥用或酗酒史,或被医生提出减少饮酒、戒酒的建议或警告,或平均每日酒精摄入量 ≥ 30 克(约相当于白酒60毫升、红/黄酒300毫升、啤酒1000毫升)?若“是”,请详细说明。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	是否有肢体或器官的缺损、残疾、畸形或功能障碍?若“是”,请详细说明残疾等级、残疾部位、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"/>
5	是否有语言、智能或认知功能障碍、精神行为失常、失明、失聪(聋)、失语(哑)、吞咽异常或其他中枢神经系统功能障碍?若“是”,请详细说明残疾等级、残疾部位、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"/>
6	是否目前或曾经有接触迷幻药、毒品或药物滥用史,或最近两年内因病连续服药超过30天?若“是”,请在说明栏中告知原因、时间及药物种类、名称。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	是否曾经接受或正在接受或准备接受与艾滋病(HIV/AIDS)或性病相关的医疗咨询、检查、治疗?若“是”,请在说明栏告知咨询、检查的原因、时间和结果。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	是否曾经接受过输血或输注血制品或被建议不宜献血?若“是”,请在说明栏中告知时间及原因。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	是否过去两年内有下列检查结果异常,或者正在接受或被医生建议接受下列检查:血液或尿液化验、心电图、X光、超声波、CT、核磁共振、脑电图、肌电图、内窥镜、心血管造影、TCT、HPV、病理活检、眼底检查或其他上述未列举的特殊检查?若“是”,请在说明栏告知检查或治疗项目、原因、时间及结果。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	过去五年内是否因任何疾病、症状或身体不适去医院住院检查或治疗(包括入住疗养院、康复医院等医疗机构)?若“是”,请详细说明。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	目前是否患有或曾经患有或被怀疑有下列症状或疾病?若“是”,请详细说明。				
11a	脑神经系统及精神疾病: 反复头痛或眩晕、抽搐或惊厥、癫痫、脑血管畸形、脑中风、脑出血、脑缺血、椎动脉疾患、脑供血不足、脑外伤、帕金森氏病或帕金森氏综合症、脊髓疾病、重症肌无力或其他肌肉疾病、多发性硬化症、运动神经元病、瘫痪或麻痹、感觉或运动异常、震颤或其他不随意运动、神经痛或神经炎、意识障碍、抑郁或焦虑、精神分裂症及其他神经、精神疾病。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11b	心脏及血管系统疾病: 心慌、胸痛、胸闷、晕厥、心律失常、心脏杂音、心脏扩大、心力衰竭、心电图异常、心影增大、心绞痛、高血压、冠心病、心肌梗塞、先天性心脏病、风湿性心脏病或其他心脏瓣膜疾病、心肌炎、心肌病、心内膜炎、心包炎、室壁瘤、主动脉瘤、脉管炎或其他心血管疾病。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11c	呼吸系统疾病: 反复咳嗽咯痰、痰中带血、咯血、气喘、呼吸困难、慢性支气管炎、哮喘、支气管扩张、肺气肿、慢阻肺、肺心病、肺结核、胸腔积液、肺炎、胸膜炎、尘肺、肺纤维化及其他呼吸系统疾病。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11d	消化系统疾病: 呕血、便血、反复发作的腹痛、肝功能异常、黄疸、肝肿大、脂肪肝、肝炎、肝炎病毒携带、肝硬化、肝脓肿、肝囊肿、胆囊或胆管结石或炎症、腹水、脾功能亢进或脾大、食道/胃底静脉曲张、慢性胃炎、胃或十二指肠溃疡或穿孔、溃疡性结肠炎、克罗恩病、胰腺炎、痔疮、肛瘘及其他消化系统疾病。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11e	泌尿生殖系统疾病: 血尿、蛋白尿、浮肿、阴道不规则流血、乳房肿块/结节、溃疡、乳头血性溢液或乳房周围淋巴结肿大、乳腺增生、乳腺囊肿、乳腺纤维腺瘤、肾功能异常、肾盂肾炎、肾炎或肾病、肾囊肿、肾积水、尿毒症、肾移植、肾下垂、泌尿系统结石或畸形、前列腺肥大、钙化或前列腺炎、尿路感染、精索静脉曲张、鞘膜积液、子宫肌瘤、子宫内膜异位症、子宫内膜增生、卵巢/输卵管囊肿、多囊卵巢/多囊卵巢综合征、宫颈炎、盆腔炎、盆腔积液、畸胎瘤及其他泌尿生殖系统疾病。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11f	内分泌、血液系统疾病: 高血糖、糖耐量异常、糖尿病、高脂血症、痛风/高尿酸血症、甲状腺结节、甲状腺炎、甲状腺或甲状旁腺机能亢进或减退、肾上腺皮质机能亢进或减退、垂体机能亢进或减退、原因不	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	明的皮肤、粘膜或齿龈出血、持续或反复发热、各类贫血、紫癜、白血病、淋巴结肿大、脾肿大或脾功能亢进、血友病及其他内分泌及血液系统疾病。				
11g	骨骼、关节、结缔组织疾病： 关节红肿或变形、关节疼痛、类风湿性关节炎、强直性脊柱炎、椎间盘突出、椎管狭窄、脊柱裂、股骨头坏死、骨关节炎、硬皮病、系统性红斑狼疮及其他骨骼、关节或结缔组织疾病。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11h	五官科疾病： 视网膜剥离或出血、视神经病变、视物模糊、眼底病变、高度近视800度以上、视力下降、青光眼、白内障、复视、鼻衄、近期原因不明的声音嘶哑、听力下降、美尼尔病及其他五官科疾病。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11i	肿瘤和癌症： 肉瘤、癌症、交界性肿瘤、原位癌、类癌、癌前病变、不典型增生、黑痣增大、良性肿瘤或尚未证实为良性或恶性的肿瘤、息肉、囊肿、结节、包块、肿块、占位、赘生物等。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11j	先天性或遗传性疾病、职业病、酒精中毒、农药中毒、服药过量或药物中毒、金属中毒、自杀或企图自杀等。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	家族病史： 亲生父母、亲生子女、具血缘关系的兄弟姐妹是否患有或曾经患有癌症、白血病、肠息肉、糖尿病、心脑血管疾病、精神疾病、多囊肾、血友病及其他遗传性疾病？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	16周岁及以上女性补充告知（若“是”，请在说明栏内详述检查原因、检查项目和结果）：				
13a	目前是否怀孕？若“是”，已怀孕_____周。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13b	怀孕及生产期间是否患有妊娠并发症，例如：蛋白尿、糖尿病或高血压等？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13c	是否有异常妊娠病史，例如：葡萄胎或其他妊娠滋养细胞疾病？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	2周岁及以下儿童补充告知（若回答是，请在说明栏内详细说明）：				
14a	出生时体重是否小于2.5公斤或大于4.5公斤？出生时是否曾有窒息、产伤、呼吸困难等异常情况？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14b	是否有畸形、发育迟缓、脑瘫、智能障碍、其他残障、反复发热/气喘/腹泻、遗传或先天性疾病？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14c	儿童保健以及运动、语言、精神、神经发育检查等是否有异常情况或被医生要求进一步检查？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

编号	说明对象	说明内容

3、一般告知

编号	请提供“是”或“否”的答案，若被保险人为未成年人，则请被保险人的父母代为回答。 如申请投保人豁免保费附加险，请务必填写投保人一栏。	被保险人		投保人	
		是	否	是	否
1	过去一年中是否曾在中国大陆以外的国家或地区连续居住超过三个月或正拟前往其他国家或地区？ 若“是”，请在说明栏中告知已居住或拟前往的国家或地区名称、已居住或拟居住时间及前往原因。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	是否经常参加跑酷、潜水、滑水、滑翔翼、蹦极跳、跳伞、攀岩运动、探险活动、摔跤、柔道、空手道、跆拳道、马术、拳击的运动或特技表演、赛马、各种车辆表演、车辆竞赛或练习、驾驶卡丁车及其他上述未提及的高风险活动？ 若“是”，请在说明栏告知被保险人参加的项目及频次。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	职业是否涉及或接触①高空②海上③潜水或水下④隧道坑道或井下作业⑤易燃易爆物、放射性物质⑥其他有毒有害物质或危险职业？ 若“是”，被保险人职业涉及或接触（请填写序号）_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	是否在工作时驾驶摩托车、三轮车或其他机动车？若“是”，请告知驾驶的车型及具体情况_____。 是否曾违章驾驶机动车并发生交通事故？若“是”，请在说明栏中告知日期及事故详情。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	是否已购买或拟购买其他保险公司的人身保险（包括寿险、健康险、意外险或者医疗险）产品？ 若“是”，请在说明栏告知投保日期、保额及险种。 被保险人为未成年人（年龄<18周岁）时告知： 是否已购买其他保险公司的以死亡为给付保险金条件的人身保险产品？ 若“是”，请告知各保险合同约定的被保险人死亡给付的保险金额总和：_____万元。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	是否投保其他保险公司的人身险产品时未被承保、附加条件承保或申请过理赔，若“是”，请在说明栏中详述。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

编号	说明对象	说明内容

本人及被保险人谨此授权任何注册医师、医院诊所、保险公司、或其他拥有本人及被保险人资料、或了解本人及被保险人、或本人及被保险人将来可能求诊的组织、机构或个人，均可向复星联合健康保险公司或其他保险人或有管辖权的司法部门提供所了解的关于本人及被保险人的资料和信息。本授权文件的复印件与正本拥有同样的效力。

投保人签名：_____ 被保险人（本人）签名：_____ 法定监护人（代被保险人）签名：_____

告知日期：_____ 年 月 日