



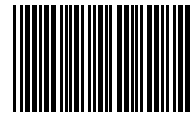
补充告知问卷

公司提示：

为保护您的合法权益，您应如实填写投保信息，并就我们提出的询问据实告知。如您未如实告知，我公司有权根据《保险法》相关规定决定是否解除合同，并有权决定是否对保险合同解除前发生的保险事故承担保险责任。

请您认真、如实填写以下问题，您的信息将被妥善保护并仅用于为您办理补充告知时使用。

告知人姓名	申请日期	年	月	日
证件类型	证件号码			
1. 身高体重：身高_____厘米，体重_____公斤；				
2. 职业：_____，过去三年平均年收入约为_____元。				
3. 生活习惯：				
A. 是否驾驶摩托车或其他机动车；			是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
B. 是否参加潜水、拳击、攀岩、飞行、赛车等危险运动或嗜好；			是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
C. 是否服食任何成瘾药物或吸毒；			是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
D. 是否有饮酒或吸烟习惯？如“是”，已饮酒_____年，种类_____，每天数量_____，于_____年前因为_____停止饮酒；已吸烟_____年，每天_____支；于_____年前因为_____停止吸烟；			是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
E. 是否计划两年内出国。			是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
4. 身体残障：				
A. 曾否患听力、视力、语言、咀嚼障碍，智力障碍；			是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
B. 曾否患有脊柱、胸廓畸形，四肢、手、足、指残缺。			是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
5. 症状体征：是否曾患有、或被告知有下列症状、或因下列症状接受治疗 慢性咳嗽、咯血、胸闷、心慌、气短、浮肿、声嘶哑、吞咽困难、呕血、黑便、腹痛、黄疸、贫血、肿块、血尿、蛋白尿、皮肤瘀斑、不明原因皮下出血点、渐进性消瘦、持续性头痛、晕厥、抽搐、昏迷、长期发热、高度近视。			是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
6. 病史询问：是否曾患有或接受治疗过下列疾病				
A. 高血压、先天性心脏病、风湿性心脏病、心内膜炎、冠心病、心肌梗塞、心律失常、心肌炎、脑血管意外；			是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
B. 帕金森氏综合征、癫痫、脑部疾病、脊髓疾病、精神病；			是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
C. 哮喘、肺结核、肺气肿、支气管扩张、尘肺、矽肺、肺源性心脏病；			是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
D. 消化性溃疡、萎缩性胃炎、胰腺炎、肝硬化、肝炎、肝炎病毒感染、胆道感染或结石；			是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
E. 尿路结石或畸形、肾炎、肾病、肾功能不全、多囊肾、肾盂积水、前列腺疾病；			是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
F. 肿瘤（包括恶性肿瘤及尚未确诊为良性或恶性之息肉、肿瘤、囊肿、结节、赘生物）；			是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
G. 糖尿病、痛风、垂体机能亢进或减退、甲状腺机能亢进或减退、肾上腺机能亢进或减退；			是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
H. 系统性红斑狼疮、风湿或类风湿病、胶原性疾病及结缔组织疾病、椎间盘突出、疝、痔；			是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
I. 贫血、血小板减少性紫癜、过敏性紫癜、血友病、白血病、被建议不宜献血；			是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
J. 白内障、视网膜疾病、角膜疾病、青光眼、中耳炎及其他眼、耳、鼻、喉或口腔疾病；			是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
K. 先天性疾病、遗传性疾病、地方病、职业病、药物过敏史；			是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
L. 是否还有以上未列明的疾病。			是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	



* 3 1 0 0 *

<p>7. 诊疗、检查经历：</p> <p>A. 过去3个月内是否接受过医生的诊断、检查和治疗；</p> <p>B. 过去5年内是否因疾病或受伤住院或手术；</p> <p>C. 过去5年内除健康普查外有否做过下列检查：X光（透视、摄片）、心电图、B超、CT或核磁共振、脑电图、血液化验、胃镜、肠镜等内窥镜检查、病理活检、眼底检查。</p>	<p>是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/></p> <p>是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/></p> <p>是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/></p>
<p>8. 您及您的配偶是否曾接受或试图接受与艾滋病有关的诊察或治疗？在过去6个月内是否曾持续超过一周以上有下列症状：体重下降、食欲不振、盗汗、腹泻；淋巴肿大及皮肤溃疡。</p>	<p>是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/></p>
<p>9. 父母兄弟姐妹中是否有人曾患有遗传性疾病、结核病、肝炎、肝硬化、癌症、糖尿病、肾病、心脏病、中风、高血压、动脉硬化、精神病或曾是乙肝、丙肝病毒携带者或60岁以前因病身故。</p>	<p>是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/></p>
<p>10. 妇女专项</p> <p>A. 是否正在怀孕？如是，孕期_____周；</p> <p>B. 是否患有子宫肌瘤、子宫颈癌、卵巢囊肿、卵巢癌、异位妊娠、乳腺增生（包块、肿块）、乳腺癌、阴道不规则出血等疾病。</p>	<p>是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/></p> <p>是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/></p>
<p>11. 投保记录：</p> <p>A. 目前是否有已参加或正在申请中的其他人身保险？如有，请告知承保公司、保险险种名称、保险金额、保单生效时间；</p> <p>B. 过去两年内是否曾被保险公司解除合同或申请人身保险而被延期、拒保或附加条件承保；</p> <p>C. 过去有无向保险公司索赔。</p>	<p>是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/></p> <p>是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/></p> <p>是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/></p>
<p>12. 投保公司海外医疗产品告知事项：</p> <p>1. 目前或过去是否患有如下疾病：</p> <p>A. 心脏瓣膜疾病、主动脉血管疾病、脊柱侧弯、脊柱畸形；</p> <p>B. 若被保险人目前为0-3周岁，出生时体重低于2.5公斤、早产、窒息、发育迟缓、脑瘫。</p> <p>2. 投保前12个自然月内被保险人在中国大陆累计居住时间小于240日。</p>	<p>是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/></p> <p>是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/></p> <p>是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/></p>
<p>13. 说明：以上2-12项如“是”，请列明问题编号及有关需说明的内容，包括疾病诊治日期、诊治结果、诊治医院名称、债务情况等。对投保单及告知内容，本公司承担保密责任。</p>	
<p>声明与授权</p> <p>本人声明及同意：以上所填告知事项均属事实并确无欺瞒。如有不实告知，贵公司有权解除保险合同，并对解除合同前发生的事事故不负保险责任。</p> <p>本人谨此授权凡知道或拥有任何有关本人健康及其他情况的任何医生、医院、保险公司、其他机构或人士，均可将所需的有关资料提供给中国人寿保险股份有限公司。此授权书的影印本也同样有效。</p>	
<p>告知人或其监护人签名：</p>	