



中国人寿保险股份有限公司
China Life Insurance Company Limited



* 3 0 9 5 *

保单复效告知问卷

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保单复效时使用。

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3年平均年收入约为_____。			
3. 生活习惯：			
A. 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"/>
B. 是否服食任何成瘾药物或吸毒。			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. 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、皮肤淤斑、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、高度近视等。			是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
6. 是否曾患有或接受治疗过下列疾病：			
A. 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"/>
B. 眼、耳、鼻、喉或口腔疾病；			是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
C. 高血压、心脏疾病、脑血管疾病、糖尿病、痛风、甲状腺疾病、系统性红斑狼疮；			是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
D. 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"/>
E. 肺部疾病、消化性系统疾病、萎缩性胃炎、胰腺炎、肝硬化、肝炎、肾病、前列腺疾病；			是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
F. 息肉、肿瘤、囊肿、结节、赘生物、贫血、紫癜、白血病、被建议不宜献血；			是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
G. 以上未列明的其他疾病。			是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
7. 过去 3年内是否因疾病或受伤诊断、检查和治疗；			是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
8. 投保记录：			
A. 过去3年内是否曾被保险公司解除合同或投保时被延期、拒保或附加条件承保；			是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
B. 过去3年有无向保险公司申请超过5000元的理赔。			是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
9. 说明：以上3-8项如选择“是”，请列明有关具体的内容，包括疾病诊治日期、诊治医院、诊治结果等。			
声明与授权			
本人声明及同意：以上所填告知事项均属实并确无欺瞒，如有隐瞒或不实告知，贵公司有权依法解除保险合同，并对解除合同前发生的事故不负保险责任。			
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。			
告知人或其监护人签名：_____			