



信诚人寿保险有限公司
团体保险被保险人健康告知书

投保单位： XXXX 股份有限公司

投保单号码： XXXXXXXXXXXX 保单号码： _____

被保险人： 王五 被保险人分单号： _____

1. 目前尚在住院或病假中?	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>
2. 最近六个月内是否有下列情形?	
A. 新发现的或既有的任何身体不适症状或体征, 如心悸、胸痛、咳嗽、咯血、腹痛、便血、发热、紫斑、不明原因出血点、明显消瘦 (体重下降超过五公斤);	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>
B. 因受伤或患病接受医师治疗、诊疗或用药, 或被建议治疗、住院或手术。	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>
3. 近两年内有无因患病不能全勤工作或减轻劳动量?	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>
4. 过去是否曾有下列症状或疾病?	
A. 肿瘤、癫痫、脑震荡、精神病、心脏病、高血压、血管硬化、中风、糖尿病、尿毒症、慢性酒精中毒、肝硬化、肾切除 (外伤性切除不在此列);	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>
B. 肾病、性病等泌尿生殖系统疾病, 哮喘、肺结核、尘肺症、矽肺症等呼吸系统疾病;	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>
C. 胃、肝、胆、肠等消化系统疾病, 血液病、艾滋病、神经系统疾病、甲状腺疾病以及任何神经肌肉骨骼系统方面的异常、失能等病症;	是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
D. 是否有其它需要持续关注或治疗的疾病、反复发作的症状或持续存在的异常体征?	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>
5. 有无身体残疾、智能障碍?	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>
6. 有无使用任何违禁药物或毒品?	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>
7. 女性填写:	
A. 是否有乳房肿块、乳腺增生、乳腺纤维瘤、溢乳、腋下淋巴结肿大或其它乳房疾病? 是否有不规则阴道出血、子宫肌瘤、子宫内膜异位症、卵巢囊肿等女性生殖器官疾病? 是否有不正常的宫颈涂片检查?	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
B. 目前是否怀孕? (如是, 请说明怀孕几周, 是否定期产前检查? 结果如何?)	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
上述告知事项如答“是”, 请详细说明, 包括因何原因, 何时出现症状或医生作何诊断, 作过什么治疗, 如果住院请告知在何时何地, 服用过什么药物, 治疗效果如何, 是否有继续治疗, 目前康复状态 (如有住院, 请说明住院时间与医院)。如有诊治病历及相关检查报告, 请一并提交。	
序号	告知内容
1	因急性胃炎住院过5天, 现已康复

北保险人声明事项:

- 本人谨此声明上述回答完全属实, 并与其他告知事项一样, 均构成保险合同的一部分。本人清楚的知道上述告知内容会影响贵公司决定是否同意承保或提高保险费率, 若上述告知事项不属实, 贵公司有权依《保险法》的规定解除保险合同。
- 本人(被保险人) 同意信诚人寿保险有限公司查阅本人之相关医疗记录及病历资料, 授权本人就诊之医疗机构, 提供本人就诊之相关记录予信诚人寿保险有限公司及相关再保险公司。
- 本人(被保险人) 同意信诚人寿保险有限公司因业务需要对本人的资料有搜集、计算机处理或国际传递的权力。

被保险人签名: 王五
(须被保险人本人亲笔签名)

日期: 年 月 日