

保险单号码:

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

受理号:

--	--	--	--	--	--	--	--

请您如实填写以下健康状况，在相应方格内打“√”。
如果您的保险合同附加了“投保人豁免保险费”，请同时填写投保人的健康与职业告知。

一、健康告知

费的申请，请同时填写投保人健康告知。

询问事项

被保险人的身高: 160厘米 体重: 50公斤; 投保人的身高: 175厘米 体重: 65公斤。

是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	2	原保险合同所涉及的告知内容是否有不属实? 如有, 请告知事件发生时间及详细情况。
是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	3	最近六个月内是否有下列情形?
是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	3A	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 checked="" type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	3B	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"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	4	过去是否曾有下列症状或疾病?
是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	4A	心悸、胸痛、胸闷、晕厥, 高血压症(指收缩压大于 140mmHg 或舒张压大于 90mmHg)、缩窄性心包炎、冠心病、心肌梗塞、心绞痛、心肌肥厚、心肌炎、心内膜炎、风湿性心脏病、先天性心脏病、缺血性心脏病、主动脉血管瘤、心律失常、心脏瓣膜病或其它心血管系统疾病。
是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	4B	反复头痛或眩晕, 失语、瘫痪、脑中风(脑出血、脑梗塞、暂时性脑缺血)、脑瘤、脑动脉血管瘤、多发性硬化症、癫痫、重症肌无力、帕金森氏症、神经官能症、神经衰弱或其它脑血管、神经系统疾病, 抑郁症或其它精神疾病。
是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	4C	反复咳嗽、咳血、气喘、呼吸困难, 慢性支气管炎、肺气肿、肺心病、支气管扩张症、尘肺症、矽肺症、肺结核、哮喘、胸膜炎、胸腔积液或其它呼吸系统疾病。
是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	4D	黄疸、肝区疼痛、便血, 肝炎、肝炎病毒携带者、肝功能异常、脂肪肝、肝血管瘤、肝硬化、肝脾肿大、食道静脉曲张、胆囊炎、胆石症、胆囊息肉、消化道溃疡、出血或穿孔、胃炎、溃疡性结肠炎、胰腺炎、痔疮或其它消化系统疾病。
是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	4E	浮肿、蛋白尿、血尿、反复尿路感染, 肾炎、肾病综合征、肾功能异常、肾衰竭、肾囊肿、肾积水、尿路结石、膀胱疾病或其它泌尿系统疾病, 前列腺疾病或其它生殖系统疾病。
是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	4F	原因不明皮肤、粘膜及齿龈出血, 白血病、贫血、紫癜、脾功能亢进、血友病及各种类型的血液系统疾病。
是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	4G	尿糖阳性, 糖尿病、痛风、高尿酸血症、肢端肥大症、脑垂体机能亢进或低下、甲状腺疾病或其它内分泌疾病。
是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	4H	关节红肿或疼痛、肌肉萎缩, 风湿病、类风湿病、关节炎、股骨头坏死、强直性脊柱炎、椎间盘突出或增生、椎管狭窄、脊柱裂、皮炎、肌营养不良症、干燥综合症、红斑性狼疮、胶原症或其它肌肉骨骼疾病和结缔组织疾病。
是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	4I	听力下降、耳鸣、中耳炎, 复视、视网膜出血或剥离、视神经病变、青光眼、白内障、美尼尔病、五官手术史或其它眼、耳、鼻、喉及口腔疾病。
是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	4J	癌症、未经证实良性或恶性之肿瘤或肿物、息肉、口腔白斑、囊肿、赘生物。
是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	4K	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"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	5	过去五年内是否有下列情形?
是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	5A	因受伤或生病住院治疗七日以上?
是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	5B	接受 X 光、心电图、脑电图、肌电图、内窥镜、心血管造影、活组织检查、乳透、B 超、CT、核磁共振及血液化验等检查? 检查结果如何?
是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	6	是否有智能障碍、失明、聋哑、跛行、脊柱或胸廓畸形、四肢缺损或畸形、重听、视力障碍(近视 800 度以上)?
是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	7	您或您的配偶是否曾接受艾滋病的有关检查和治理? 如是, 请告知检查原因和检查结果。
是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	8	是否有使用违禁药物或滥用成瘾性药物?
是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	9	是否有吸烟习惯? 约 <u> </u> 年, 每天 <u> </u> 支。
是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	10	是否有饮酒习惯? 饮酒 <u> </u> 年, <u> </u> (两/周), 种类 <u> </u> 。是否曾经因喝酒而需要住院治疗? 如是, 请在说明栏内详细告知住院情况。
是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	11	您的父母、子女、兄弟姐妹是否有心脏病、高血压、心脑血管疾病、糖尿病、肾病、精神病、肝炎(或是肝炎带菌者)、癌症、血友病、多囊肝、多囊肾、肠息肉或任何遗传性、传染性疾病; 或因上述疾病死亡?
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	12	五岁以下儿童填写:
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	12A	是否为低体重儿(出生时体重为两公斤以下)或早产儿? 如是, 出生体重 <u> </u> 公斤、怀孕 <u> </u> 周出生、住院 <u> </u> 天, 请在说明栏说明出院诊断。
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	12B	是否有发育迟缓、缺氧缺血性脑病、脑瘫、脑积水、惊厥、抽搐、智能障碍、先天性和遗传性疾病?
是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	13	女性填写:
是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	13A	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、盆腔炎、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 checked="" type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	13B	目前是否怀孕? 如是, 怀孕 <u> </u> 周, 请在说明栏告知是否定期产前检查? 结果如何?

二、财务及其它告知

被保险人	投保人	序号	询问事项
<u>10</u> 万元	<u>15</u> 万元	14	每年固定收入。
是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	15	您是否有负债或贷款（如有，请在说明栏告知总金额及原因）？
是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	16	您是否向本公司以外的其它保险公司购买过或正在申请人身险保险合同？若是，请说明保险公司名称、险种名称、保险金额和生效/申请时间。若为 <u>未成年人</u> ，请告知在其它保险公司购买的人身保险合同约定的身故保险金额总和 <u> </u> 万元。
是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	17	您是否曾向其它保险公司投保时被拒保、延期、加费或要求附加其它承保条件？
是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	18	您是否曾向或正准备向本公司或其它保险公司提出索赔申请？若是，请说明理赔原因。
是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	19	是否有参加飞行、潜水、登山、攀岩、赛车、赛马、举重、武术比赛等危险活动？
是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	20	最近两年是否曾在中国境外居住超过三个月？如是，请告知国家 <u> </u> ，原因 <u> </u> 。 最近六个月内是否拟往中国境外居住？如是，请告知国家 <u> </u> ，原因 <u> </u> ，居住时间 <u> </u> 。

以上如答“是”，请说明对象（被保险人、投保人）并在下栏详细告知，如有诊治病历及相关检查报告，请一并提交。

序号	说明对象	告知内容
3B	被保险人	在 05 年 5 月因交通意外造成下巴受伤，在广州中医院住院半个月，现已康复出院。

三、职业告知

项目	被保险人	投保人 <small>（如涉及投保人豁免保险费的申请，此项须填写）</small>
工作单位	广州市第一中学	广州通讯科技有限公司
工作内容/职务	课堂教学/教师	行政管理/行政部经理
职业等级/代码	<small>（此栏由服务人员填写） / 职业代码</small>	<small>（此栏由服务人员填写） / 职业代码</small>

投保人、被保险人声明事项：

1. 本人（指投保人和被保险人）同意信诚人寿保险有限公司（以下简称“贵公司”）查阅、复制本人之相关医疗记录、病历及各类检查资料，授权本人就诊之医疗机构及保存有本人医疗证明的其它机构，提供本人医疗相关记录予贵公司及相关再保险公司。
2. 本人（指投保人和被保险人）同意贵公司因业务需要对本人之个人资料有搜集、计算机处理、传递的权利。
3. 本人（指投保人）知晓，根据中国保监规定，在被保险人成年之前，各保险合同约定的被保险人身故给付的保险金额总和、被保险人身故时各保险公司实际给付的保险金总和均不能超过人民币 10 万元。本次投保的最大身故保险金额=10 万元-其它人身保险合同约定的身故保险金额总和（含在贵公司及其它保险公司已经生效的及正在申请的保险合同）。
4. 本人（指投保人和被保险人）已如实告知以上事项，如存在故意或过失未履行如实告知义务的情况，影响贵公司决定是否同意承保、复效或者提高保险费率的，贵公司有权依法解除保险合同且不承担保险责任。

被保险人签名： 李小丽（被保险人亲笔签名）

营销员签名： 陈三（营销员或受托人签名）

投保人签名： 张大明（投保人亲笔签名）

签署日期： 2010 年 10 月 12 日

（以上应由本人亲自签名）