

中信保诚人寿保险有限公司 团体保险个人告知书

重要提示：

敬请对本部分的问题作出“是”或“否”的回答。对回答“是”的问题，请在随后的空白处填写详细的相关信息，所有提供的信息均会被严格保密。申请人必须对相关重要事实如实告知，否则将有可能影响本保单的有效性。“重要事实”是指某些有可能影响本次投保申请的结果的信息；若您对某些事实是否属“重要事实”有所疑问，请您就这些事实一并如实告知。

投保单位： _____ **投保单号码：** □□□□□□□□□□□□050
被保险人姓名： _____ **性别：** _____ **年龄：** _____ **国籍/居住国：** _____
证件类型： 身份证 军人证 护照 其他 _____ **证件号码：** □□□□□□□□□□□□□□□□□□
现任职位： _____ **职业/工种：** _____

健康告知		被保险人
1	被保险人目前是否尚在住院或病休中？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
2	被保险人过去五年内是否有下列情形？	----
2A	因患病不能全勤工作或减轻劳动量或休学，且累计时间两周以上？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
2B	是否接受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且提示结果异常并建议进一步诊治？请详细描述异常的检查结果。	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
3	被保险人最近六个月内是否有下列情形：	----
3A	新发现的或既有的任何身体不适症状或体征，如持续发热、疼痛、眩晕、心悸、胸痛、胸闷、咳嗽、咯血、腹痛、便血、紫斑、不明原因出血点、明显消瘦（体重短期内下降超过五公斤）？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
3B	被保险人是否因受伤或患过某些症状或疾病（包括肿物等）而住院或手术？或被医师建议住院或手术？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
4	被保险人是否有智能障碍、身体残疾或功能障碍？如有请告知残疾（或障碍）部位和残疾等级。	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
5	被保险人过去是否患有或曾有下列症状或疾病？	----
5A	恶性肿瘤（包括原位癌）、未被证实良性或恶性之肿瘤（包括未明确性质的肿块、阴影、结节、息肉、囊肿、内瘤变，例如甲状腺结节、乳腺结节、肺结节）、侵蚀性葡萄胎（或称恶性葡萄胎）、白血病	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
5B	心脏病（心功能不全II级以上）、心肌梗塞、心肌病、冠状动脉疾病、先天性心脏病、主动脉血管瘤、心律失常、心脏瓣膜病、高血压（收缩压>140mmHg或舒张压>90mmHg）	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
5C	脑中风（脑出血、脑梗塞）、脑瘤、脊髓病变、运动神经元疾病、瘫痪、癫痫、巴金森氏症、脑炎后遗症或脑膜炎后遗症、深度昏迷、脑血管疾病、精神病（抑郁症、精神分裂症）、痴呆、进行性核上性麻痹、克雅氏病、多发性硬化、慢性酒精中毒	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
5D	支气管扩张伴反复咯血且合并肺感染者、肺气肿、肺结核、肺动脉高压、慢性呼吸衰竭、慢性阻塞性肺疾病、肺泡蛋白质沉积症、哮喘	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
5E	重症肝炎、慢性活动性肝炎、丙型肝炎、肝硬化、慢性肾炎、慢性肾盂肾炎、肾病综合症、肾衰竭、肾功能不全、嗜铬细胞瘤、溃疡性结肠炎、克罗恩病、慢性胰腺炎、原发性硬化性胆管炎	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
5F	再生障碍性贫血、血友病、地中海贫血、糖尿病合并并发症、红斑狼疮、川崎病、埃博拉病毒感染、溶血性链球菌引起的坏疽、硬皮病、象皮病、艾滋病、艾滋病病毒感染、器官移植或造血干细胞移植	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
5G	强直性脊柱炎、腰椎间盘突出伴神经根病、类风湿性关节炎、重症肌无力、坏死性筋膜炎	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
5H	明显语言障碍（语言清晰度小于70%）、明显听力障碍（平均听力损失大于60dBHL）、明显视力障碍（近视800度以上）、严重III度烧伤	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
5I	遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
5J	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 type="checkbox"/>
6	被保险人是否因吸烟导致患病或被医生建议进行戒烟治疗？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
7	被保险人是否曾经因喝酒而需要住院治疗或被医生建议进行戒酒治疗？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
8	被保险人是否长期服用止痛剂、安眠药、镇静剂或使用违禁药物或其他成瘾性药物？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
9	被保险人的父母、子女、兄弟姐妹是否患有心脏病、心脑血管疾病、精神病、癌症、血友病、多囊肝、多囊肾或任何遗传性疾病？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
10	女性被保险人请补充填写：	----

10A	是否有不明原因的乳房肿块、溢乳、腋下淋巴结肿大、不规则阴道出血？是否有进行宫颈涂片或 TCT 检查，且检查结果异常？	是□ 否□
10B	目前是否怀孕？如是，怀孕_____周，请在补充告知栏告知是否定期产前检查？产检结果如何？是否诊断为高危妊娠？	是□ 否□
10C	目前是否为产后 4 周内？	是□ 否□
11	五周岁（含）以下被保险人请补充填写：	----
11A	出生时是否为低体重（出生时体重为 2.5 公斤以下）或早产或有新生儿窒息、产伤？如是，出生体重_____公斤，怀孕_____周出生、住院_____天，请在补充告知栏告知出院诊断。	是□ 否□
11B	是否有或曾患过发育迟缓、缺氧缺血性脑病、脑瘫、脑积水、惊厥、抽搐、脑炎、脊髓灰质炎？	是□ 否□
	其他告知	被保险人
12	被保险人的职业是否涉及或接触任何危险物（化学物质、爆炸物、有毒物质或其他危险物）、高处作业（指在距坠落高度基准面 2 米或 2 米以上有可能坠落的高处进行的作业）、380V（含 380V）以上的高压作业、潜水或水下作业、隧道坑道或井下作业等危险工作？	是□ 否□
13	被保险人是否有参加自驾机或热气球飞行、驾驶或乘坐滑翔机或滑翔翼或滑翔伞、潜水、滑冰、跳伞、登山（不包括合法经营的旅游景点）、攀岩、赛车、赛马、举重、摔跤、武术比赛、蹦极、探险活动（指明知在某种特定的自然条件下有失去生命或使身体受到伤害的危险，而使自己置身于其中的行为，如：江河漂流、徒步穿越沙漠或人迹罕至的原始森林等活动）及特技表演等高风险活动的爱好？	是□ 否□
14	被保险人是否因工作原因需要前往正在或经常发生自然灾害、病疫、战乱、动乱、种族冲突、政局动荡的危险地区或国家？	是□ 否□
15	被保险人在保险期间内是否需要连续在中国大陆以外地区居住 90 天以上？如是，在中国大陆以外居住的地区为：_____；原因_____；预计居住时间_____月。	是□ 否□
16	被保险人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，且累计意外伤害身故（不包括航空意外身故）保险金额超过 500 万元，或疾病身故保险金额超过 400 万元，或重大疾病保险金额超过 200 万元？	是□ 否□
17	被保险人是否曾有申请投保，而被拒保，延期、加费或要求附加其它条件？	是□ 否□
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	补充告知内容	

被保险人/监护人声明事项：

<p>1. 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中信保诚人寿保险有限公司（以下简称“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。</p> <p>2. 本人确认，本人已经通过查阅贵公司官网（www.citic-prudential.com.cn），阅读、理解并同意《中信保诚隐私政策》的全部内容。</p> <p>3. 基于本人的同意、履行保险合同的必要以及《中信保诚隐私政策》中“我们如何收集和使用您的个人信息”所述的目的、法律依据和方式，在法律法规许可的范围内：</p> <p>（1）同意贵公司及其合作机构处理本人的个人信息（其中可能含有贵公司隐私政策中“附录 1：定义”项下所述的敏感个人信息）。《中华人民共和国个人信息保护法》规定，敏感个人信息包括生物识别、宗教信仰、特定身份、医疗健康、金融账户、行踪轨迹、不满十四周岁未成年人的个人信息。</p> <p>（2）同意贵公司将本人的个人信息披露或提供给贵公司隐私政策中“我们如何委托处理、对外提供、转让、公开披露您的个人信息”项下所述的第三方。贵公司的合作机构可对本人的个人信息进行有效性核验、存储、登记、合理的使用与传递。</p> <p>（3）同意贵公司将本人的个人信息根据贵公司隐私政策中“您的个人信息如何在全球范围转移”项下所述的中国境外处理，并提供给隐私政策中“我们如何委托处理、对外提供、转让、公开披露您的个人信息”项下所述中国境外的接受方。</p> <p>4. 本人同意贵公司在实现处理目的所需的期限内保存及使用本人的个人信息。除法律法规另有规定或本人另有授权外，保险期间在一年以下的保险产品或/和服务，从保险合同终止之日起计算保存 5 年；保险期间超过一年的保险产品或/和服务，从保险合同终止之日起计算保存 10 年。</p> <p>5. 本人知晓，根据国务院保险监督管理机构关于未成年人身故保额的规定，各保险合同约定的被保险人死亡给付的保险金额总和、被保险人死亡时各保险公司实际给付的保险金总和在被保险人不满 10 周岁前，不得超过人民币 20 万元；在被保险人已满 10 周岁但未满 18 周岁前，不得超过人民币 50 万元（不包含航空意外死亡保险金额及重大自然灾害意外死亡保险金额）。此次被保险人投保的最高身故保险金额不应超过前述最高限额（20 万元或 50 万元，视被保险人年龄而定）减去被保险人在贵公司及其他保险公司已被承保（或正在申请）的身故保险金额总和之差。</p>

被保险人/监护人签名：_____

(须被保险人/监护人本人亲笔签名)

签名日期： 年 月 日