

保单号码:

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

受理号:

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

一、健康告知

请填写被保险人健康告知，用黑色钢笔或签字笔在对应的“□”内打“√”，并正楷填写告知内容。如涉及投保人豁免保险费的申请，请同时填写投保人健康告知。

投保人	被保险人	序号	询问事项
		1	投保人的身高: <u>160</u> 厘米 体重: <u>50</u> 公斤; 被保险人的身高: <u>175</u> 厘米 体重: <u>65</u> 公斤。
是□ 否√	是□ 否√	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□ 否√	是□ 否√	3	最近六个月内是否有下列情形?
是□ 否√	是□ 否√	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□ 否√	是√ 否□	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□ 否√	是□ 否√	4	过去是否曾有列症状或疾病?
是□ 否√	是□ 否√	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□ 否√	是□ 否√	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□ 否√	是□ 否√	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□ 否√	是□ 否√	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□ 否√	是□ 否√	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□ 否√	是□ 否√	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□ 否√	是□ 否√	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、甲状腺腺机能亢进或低下、甲状腺疾病或其它内分泌疾病。
是□ 否√	是□ 否√	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□ 否√	是□ 否√	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□ 否√	是□ 否√	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□ 否√	是□ 否√	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□ 否√	是□ 否√	5	过去五年内是否有下列情形?
是□ 否√	是□ 否√	5A	因受伤或生病住院治疗七日以上?
是□ 否√	是□ 否√	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□ 否√	是□ 否√	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□ 否√	是□ 否√	7	您或您的配偶是否曾接受艾滋病的有关检查和治疗? 如是, 请告知检查原因和检查结果。
是□ 否√	是□ 否√	8	是否有使用违禁药物或滥用成瘾性药物?
是□ 否√	是□ 否√	9	是否有吸烟习惯? 约 <u> </u> 年, 每天 <u> </u> 支。
是□ 否√	是□ 否√	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□ 否√	是□ 否√	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□ 否√	是□ 否√	12	五岁以下儿童填写:
是□ 否√	是□ 否√	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□ 否√	是□ 否√	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□ 否√	是□ 否√	13	女性填写:
是□ 否√	是□ 否√	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□ 否√	是□ 否√	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

请同时填写投保人与被保险人的财务及其它告知，用黑色钢笔或签字笔在对应的“□”内打“√”，并正楷填写告知内容。

投保人	被保险人	序号	询问事项
<u>30</u> 万元	<u>15</u> 万元	14	每年固定收入。
是□ 否 <input checked="" type="checkbox"/>	是□ 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□ 否 <input checked="" type="checkbox"/>	是□ 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</u> 人，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□ 否 <input checked="" type="checkbox"/>	是□ 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□ 否 <input checked="" type="checkbox"/>	是□ 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□ 否 <input checked="" type="checkbox"/>	是□ 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□ 否 <input checked="" type="checkbox"/>	是□ 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（投保人、被保险人）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

请同时填写投保人与被保险人的职业告知。如为退休人员，须填写退休前的工作单位、工作内容/职务。

项目	投保人	被保险人
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	（此栏由服务人员填写） / 职业代码	（此栏由服务人员填写） / 职业代码

投保人和被保险人声明与授权事项：

1. 本人（指投保人）知晓，根据国家金融监督管理总局的规定，对于父母为其未成年子女投保的人身保险，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。此次本人可为被保险人投保的最高身故保险金额应等于前述最高限额（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额。
2. 本人（指投保人和被保险人）确认，本人已经通过查阅贵公司官网（网址：www.citic-prudential.com.cn）的内容，阅读、理解并同意《中信保诚隐私政策》的全部内容。本人提交贵公司的个人信息为本人自愿提供的真实信息，本人提供的被保险人的个人信息均已获得个人信息主体的明确授权同意。健康、财务及其他告知信息均准确无误，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。
3. 本人（指投保人和被保险人）充分理解并同意，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“我们如何收集和您的个人信息”所述的目的，贵公司有权从本人处或合法持有本人个人信息的第三方机构收集、记录、核实、处理本人个人信息（这些信息可能含有《中信保诚隐私政策》“附录1：定义”所述内容），包括但不限于手机号码、身份证件号码、财产信息、个人健康生理信息、保单信息、位置信息、保单服务、医疗记录、病历及各类检查资料和涉嫌欺诈、洗钱、恐怖主义等信息，并对本人的个人信息进行妥善记录和保存。
4. 本人（指投保人和被保险人）充分理解并同意，贵公司有权将本人个人信息向相关授权合作伙伴共享，贵公司的相关授权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。本人已经通过《中信保诚隐私政策》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”及“您的个人信息如何在全球范围转移”的内容，充分理解此类个人信息共享的范围、共享目的和接收方身份。未经本人授权，贵公司不会将个人信息用于人身保险公司和其他合作机构的销售活动。为确保信息安全，贵公司及其合作机构应采取有效措施并承担保密义务。
5. 本人（指投保人和被保险人）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。保存期限自保险合同终止之日起计算，保险期间在一年以下的为五年；保险期间超过一年的为十年，法律法规另有规定或本人另有授权的除外。

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： 2015 年 11 月 13 日

（以上应由本人亲自签名）