



| 询问告知 | 被保险人 | 投保人 |
|---|---|---|
| 9. 您是否使用过任何成瘾药物,如镇静安眠剂、迷幻药、吸食有机溶剂或毒品?若“是”,请说明。 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 10. 女性补充告知栏[14周岁(含14周岁)以上请填写]: A. 您是否正在怀孕?若“是”,孕期____周; B. 您是否曾有子宫肌瘤、畸胎瘤、葡萄胎、阴道异常出血、宫颈上皮内瘤变、乳腺包块或其他任何乳房、子宫、卵巢的疾病及妊娠并发症? | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 11. 婴幼儿补充告知栏[2周岁(含2周岁)以下填写]: A. 出生时身高____厘米,体重____公斤; B. 是否为早产、难产?出生时是否曾有产伤、窒息等异常情况?是否有畸形、发育迟缓、惊厥、脑瘫? | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 12. 您的父母、子女、兄弟姐妹是否有患有恶性肿瘤/癌症、心脏病、脑中风、肝豆状核变性、血友病、糖尿病、精神疾病、多囊肝、多囊肾、肠息肉以及其他遗传性或传染性疾病? | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |

财务及其他告知栏

| 询问事项 | 被保险人 | 投保人 |
|--|---|---|
| 1. 您目前是否投保其他保险公司的人身保险?若“是”,请注明投保险种、保险金额、承保时间及公司。 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 2. 您过去是否被保险公司解除合同、拒赔或投保、复效时被拒保、延期、附加条件承保?若“是”,请详述。 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 3. 是否参加飞行、潜水、攀岩、蹦极、跳伞、武术、拳击、赛车、赛马或特技活动等危险运动? | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 4. 您是否持有驾照?若“是”,请告知驾照类型: <input type="checkbox"/> A1、A2、A3 <input type="checkbox"/> B1、B2 <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> 其它_____ | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 5. 您是否曾违章驾车并发生交通事故?若“是”,请告知次数、时间、违章类型。 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 6. 您近期是否正准备出国?若“是”,请告知国家名称、出国原因及停留时间。 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 7. 被保险人每年固定收入约_____万元,主要来源: <input type="checkbox"/> 工薪 <input type="checkbox"/> 私营 <input type="checkbox"/> 房屋出租 <input type="checkbox"/> 其它_____ 投保人每年固定收入约_____万元,主要来源: <input type="checkbox"/> 工薪 <input type="checkbox"/> 私营 <input type="checkbox"/> 房屋出租 <input type="checkbox"/> 其它_____ | | |

告知说明及备注栏

以上健康告知栏中1—10项询问如回答“是”,请在本栏中标明问题序号并详细说明

| 编号 | 说明对象 | 说明内容 |
|----|------|------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

投保人与被保险人声明

本人在与此次保全作业有关的告知、问卷和文件中,对贵公司的告知与陈述确实无误。本人提交的医疗和财务文件真实有效。本人同意贵公司根据此次提供的相关资料,对既往生效保单(保单号见首页)的效力及生效条件进行重新审核。

| | | |
|--------|----------|------------|
| 投保人签名: | 主被保险人签名: | 未成年人监护人签名: |
| 签署日期: | 签署日期: | 签署日期: |