

中邮人寿保险股份有限公司个人告知书

投保人姓名：		被保险人姓名：		投保单号：	
告知事项：如保险条款中涉及对投保人承担保险责任事项，投保人栏必须填写					
1、您是否已认真阅读本次投保时所填投保单中的投保告知内容，并亲笔勾选				被保险人 □是□否	投保人 □是 □否
2、 被保险人 ：身高_____厘米、体重_____公斤、过去一年体重：增/减_____公斤、原因_____					
3、 被保险人 是否吸烟或曾经吸烟，请详述：_____年、_____支/天； 若现已停止吸烟，请说明停止吸烟原因及时间：_____					
4、您是否有下列情况，若“是”，请注明第_____项				被保险人 □是□否	投保人 □是 □否
(1)您申请投保人寿保险、意外险、健康险或疾病保险时是否曾被拒保、延期、加费或作任何形式的修改。 (2)身体残障或畸形：是否存在四肢、手指、足趾残缺，脊柱、胸廓、五官畸形，跛行、脊髓灰质炎所致的残缺或其它缺陷。 (3)在过去五年中，您是否曾经接受：X光、CT、MRI、心电图、活体检查、血液或尿液化验、超声波、内窥镜等检查或其它特殊检查。 (4)您是否正在或准备接受药物治疗、手术或其他治疗，如果是，请说明药物或治疗名称：_____ 请说明您经常就诊的医院名称_____，最末一次就诊时间_____，就诊原因_____。 (5)您是否曾经向任何保险公司提出索赔申请？若“是”，请详述事故原因及索赔理由：_____					
5、您是否患有或曾经患有下列症状或体征，或被告知有下列症状或体征，或因下列症状或体征接受治疗，若“是”，请注明具体症状或体征_____				被保险人 □是□否	投保人 □是 □否
呼吸困难、咯血、痰中带血、声音嘶哑、吞咽困难、呕血、胸痛、心慌、气短、浮肿、黑便、黄疸、肝区疼痛、皮肤瘀斑、不明原因皮下出血点、紫绀、鼻衄、反复牙龈出血、耳鸣、关节红肿或变形、关节疼痛、长期发热、抽搐、肌肉萎缩。					
6、您是否患有或曾经患有下列疾病，或被告知有疾病，或因疾病接受治疗，若“是”，请注明疾病名称_____				被保险人 □是□否	投保人 □是 □否
(1)五官疾病：视力障碍或失明、虹膜睫状体炎、青光眼、白内障、眼底病变、口腔白斑症、中耳炎、梅尼尔氏症及其它眼、耳、鼻、喉或口腔的疾病。 (2)神经系统及精神心理疾病：癫痫、精神分裂症、抑郁或焦虑、脑血管畸形或脑血管瘤、脑血管意外（包括脑出血或脑梗塞）、重症肌无力、多发性硬化症、帕金森氏病、瘫痪或麻痹、脊髓灰质炎、脑炎或脑膜炎、舞蹈症及其它神经、精神疾病。 (3)呼吸系统疾病：胸膜炎、尘肺、矽肺、间质性肺炎、结节病、支气管扩张、慢性支气管炎、肺结核、肺栓塞及其它呼吸系统疾病。 (4)循环系统疾病：心律失常、高血脂、冠心病、心肌梗死、心肌炎、心内膜炎、心包炎、心肌病、先天性心脏病、心脏扩大、主动脉瘤及其它循环系统疾病。 (5)消化系统疾病：肝炎、肝功能异常、肝脾肿大、肝脓肿、溃疡性结肠炎、胰腺炎、肝硬化、消化道出血、萎缩性胃炎、克罗恩病及其它消化系统疾病。 (6)泌尿系统疾病：IgA 肾病、间质性肾炎、肾功能异常、尿毒症、肾病综合征、泌尿系结石、多囊肾及其它泌尿生殖系统疾病。 (7)内分泌系统疾病：糖耐量异常、糖尿病、痛风、肢端肥大症、嗜铬细胞瘤、甲状腺功能异常、垂体功能异常及其它内分泌系统疾病。 (8)血液系统疾病：各类贫血、白血病、淋巴瘤、多发性骨髓瘤、血友病及其它血液系统疾病。 (9)骨关节、肌肉及结缔组织疾病：关节置换、肌肉萎缩、运动障碍、系统性红斑狼疮、硬皮病、风湿性关节炎、类风湿性关节炎及其它骨关节、肌肉及结缔组织疾病。 (10)癌症、肿瘤（恶性、良性或尚未证实为良性或恶性）、肿块、息肉、囊肿、赘生；曾经或正在吸毒；性传播疾病、艾滋病或艾滋病毒携带者。 (11)女性告知：子宫内膜异位症、阴道异常出血、子宫肌瘤、子宫颈刮片检查异常、卵巢囊肿、乳腺增生或肿块。 (12)其它以上未提及的疾病及症候、先天或后天的健康问题。					
7、您的亲属（父母、兄弟姐妹）是否曾经患有或正患有癌症、中风、心脏疾病、高血压、肾病、肝肾囊肿、肝硬化、糖尿病、家族性结肠息肉，若“是”，请说明与被保险人或投保人的关系以及所患疾病名称_____				被保险人 □是□否	投保人 □是 □否
8、 被保险人 ：每年固定收入约_____万元，负债_____万元，主要收入来源_____ 投保人 ：每年固定收入约_____万元，负债_____万元，主要收入来源_____ 主要收入来源：①工薪 ②个体 ③私营 ④房屋出租 ⑤证券投资 ⑥银行利息 ⑦其他（请说明）_____					
9、您是否在国外或港澳台地区持续居住超过三个月或正准备出国，若“是”，请详述：_____				被保险人 □是□否	投保人 □是 □否
10、您是否已购买、正在或准备购买本次投保以外的人寿保险、人身意外险或健康保险？若“是”，请详述：_____				被保险人 □是□否	投保人 □是 □否
公司名称					
险种					
保险金额					
投保日期					
投保人及被保险人声明与授权					
上述一切陈述及本声明将作为签发保险单的依据，并与投保单一并作为保险合同的组成部分。投保人及被保险人对问卷的各项要求均已了解，所填各事项均属实并确无欺瞒，如果有告知不实，贵公司有权依法解除保险合同，不承担保险责任。投保人、被保险人或其法定监护人谨此授权任何机构或个人，凡知道或拥有任何有关被保险人健康情况记录者均可将资料提供给中邮人寿保险股份有限公司。					
投保人（签名）_____		日期：_____			
被保险人（签名）_____		日期：_____			
(若被保险人未满 18 周岁，请法定监护人签名)					