

I. 血友病、白血病、各类贫血、紫癜、及其他各种类型的血液系统疾病、被建议不宜献血； J. 风湿性关节炎、类风湿性关节炎、强直性脊柱炎、系统性红斑狼疮、硬皮病等结缔组织疾病； K. 骨关节畸形、人工装置物、脊柱脊椎疾病等运动系统疾病； L. 恶性肿瘤、或尚未证实为良性或恶性的肿瘤、息肉、囊肿、赘生物； M. 性病、结核病、酒精成瘾； N. 是否曾吸食、注射毒品或未遵医嘱使用管制性成瘾类药物；	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
6. 您或您的配偶是否曾接受或试图接受与艾滋病 (AIDS) 有关的医疗咨询、检验或治疗；是否曾在过去6个月内持续一周以上有下列症状：体重下降、食欲不振、盗汗、腹泻、淋巴结肿大及皮肤溃疡？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
7. 您的家属（父母、配偶、子女、兄弟姐妹）是否曾患有或正患有高血压、肾病、心脏病、肝肾囊肿、肝硬化、糖尿病、精神病、白血病、结核病、多发性硬化症、癌症，或曾被发现为乙型肝炎及病毒携带者、其他肝炎及病毒携带者？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
第三部分 女性补充告知	被保险人	投保人
1. 目前是否怀孕？若“是”，怀孕_____周； 2. 是否患有乳腺纤维囊性病、子宫内膜异位、血性溢乳、阴道异常出血、性传播疾病等其他乳房或生殖系统疾病？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
第四部分 4岁以下（含4岁）被保险人补充告知	被保险人	
1. 出生时身高_____厘米；体重_____克；出生情况： <input type="checkbox"/> 早产 <input type="checkbox"/> 过期产 <input type="checkbox"/> 难产； 2. 出生时是否有产伤、窒息史、抢救史或被置于保温箱史？ 3. 是否有畸形、发育迟缓、惊厥、抽搐、脑瘫、先天性疾病或遗传性疾病？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
备注栏		

客户声明及授权：

- 本人声明已阅读本健康与财务告知说明书，并同意此声明将作为申请本保险合同复效、新增附约、增加保额、补充告知等变更之根据。
- 本人对本健康与财务告知说明书、与合同内容变更有关的各份问卷及文件内的声明、陈述、告知均属事实，如有隐瞒或日后发现与事实不符，本次合同内容变更或复效申请无效。
- 本人已知晓本合同的复效、加保等申请须经太平洋寿险批准并在本人已交纳相关费用后方可生效，新增附约申请须经太平洋寿险批准并在本人已交纳相关费用且符合约定的条件时生效。
- 本人及被保险人授权中国太保（指中国太平洋保险（集团）股份有限公司及其直接或间接控股的子公司）可以从相关单位、组织和个人就有关保险事宜查询、索取与本人或被保险人有关的资料和证明。
- 本人已认真阅读和充分了解新增保险合同产品的条款，对条款内容特别是保险责任条款、责任免除条款及合同解除条款均作了了解并同意遵守。
- 本人已充分了解保险代理人不得收取现金和不得代领保险金。
- 本人同意中国太保以及其认为业务必要而委托的第三方将本人提供的全部资料用于为本人提供高质量的服务和推荐产品。中国太保及第三方对本人个人信息承担保密义务。你公司采集客户信息特别是联系电话和联系地址的用途，包括但不限于计算保费、核保、寄送保单和客户回访等。

投保人（签名）：_____被保险人或其法定监护人（签名）：_____日期：_____年_____月_____日