

## 团体人身保险被保险人个人事项告知书

投保人：	投保单号：
被保险人姓名：	身份证号： <input type="text"/>
性别：男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	婚姻状况：已婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 离婚 <input type="checkbox"/> 丧偶 <input type="checkbox"/>
住址：	住宅电话： 邮政编码：
单位地址：	联系电话： 邮政编码：
职业（工种）：	职业代码： <input type="text"/> 职业类别：
<b>被保险人健康状况告知（如只投保人身意外伤害保险，仅需填写带“*”号的告知项）</b>	
1*、不能正常工作、学习。	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
2*、目前及既往是否患有下列疾病（如只投保意外伤害保险，仅需考虑带“*”号项）。	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
<p>(1*) <b>肿瘤</b>，例如：癌、肉瘤、尚未明确是良性或恶性的肿瘤、息肉、囊肿、肿块、赘生物等。</p> <p>(2*) <b>心脏血管的疾病</b>，例如：高血压（收缩压140mmHg或舒张压90mmHg以上）、动脉粥样硬化、冠心病、心绞痛、心肌梗塞、肺心病、心肌病、心肌炎、心包炎、心内膜炎、风湿性心脏病、主动脉瘤、心脏瓣膜疾病（狭窄、关闭不全、畸形）、心律失常（心动过缓或过速、早搏、传导阻滞等）、先天性心血管病、心功能不全等。</p> <p>(3*) <b>胃肝胆胰脾的疾病</b>，例如：肝炎、肝炎病毒携带、脂肪肝、肝肿大、肝硬化、肝功能异常、消化道溃疡或出血、消化不良、食管炎、胃炎、肠炎、阑尾炎、胰腺炎、胆囊炎、胆管炎、胆石症、黄疸、疝、痔、憩室、肠结核、食物中毒等。</p> <p>(4) <b>肺气管胸腔的疾病</b>，例如：肺结核、支气管哮喘、慢性支气管炎、支气管扩张症、矽肺、肺纤维化、肺气肿、肺大泡、气胸、肺炎、肺脓肿、肺栓塞、胸膜炎等。</p> <p>(5) <b>肾脏输尿管膀胱尿道的疾病</b>，例如：肾炎、肾病综合症、肾功能不全、尿毒症、多囊肾、泌尿系结石、泌尿系感染、前列腺、膀胱疾病等。</p> <p>(6*) <b>精神及神经疾病</b>，例如：精神异常、抑郁症、神经衰弱、神经官能症、癫痫、脑膜炎、脑炎、短暂性脑缺血、脑出血、脑梗塞、脑动脉瘤、脑动静脉畸形、多发性硬化症、脊髓病变、惊厥、脑瘫、帕金森氏病、神经炎、脊髓灰质炎后遗症等神经系统疾病。</p> <p>(7*) <b>骨骼、肌肉、结缔组织疾病</b>，例如：脊柱脊椎疾病、坐骨神经痛、肌肉萎缩症、重症肌无力、进行性肌营养不良、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、硬皮病及其它结缔组织疾病。</p> <p>(8) <b>血液系统疾病</b>，例如：贫血（再生障碍性贫血、地中海贫血、溶血性贫血、缺铁性贫血等）、血友病、白血病、粒细胞减少、何杰金氏病、紫癜、脾脏疾病等。</p> <p>(9) <b>内分泌代谢系统疾病</b>，例如：糖尿病、甲状腺疾病、甲状旁腺疾病、脑垂体功能亢进或低下、肾上腺皮质功能亢进或减退、肢端肥大症、呆小病、侏儒症、尿崩症、痛风、高脂血症等。</p> <p>(10*) <b>五官科疾病</b>，例如：白内障、青光眼、高度近视800度以上、视网膜或视神经病变、中耳炎、慢性鼻炎等。</p> <p>(11*) <b>性病</b>，例如：梅毒、淋病、艾滋病或血清HIV—Ab阳性。</p> <p>(12*) <b>您是否曾经患或目前患有以上未列举的疾病或症状？若是，请在说明栏中详细告知。</b></p>	
3、最近二年内有无接受各类健康检查。	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>
若有，则检查结果有无异常或被建议接受其它检查。	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>
4、既往有无接受过住院或手术治疗。	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>
5、最近半年内有无接受过医师的诊察、治疗。	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>
若有，对其结果医师是否建议进一步检查、治疗、用药、住院或手术。	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>
6、近六个月内有无下列不明原因的症狀	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>
<p>A、咳嗽、咳痰、声音嘶哑、痰中带血、咯血； B、胸闷、胸痛、心慌、气喘、气短、呼吸困难；</p> <p>C、腹痛、恶心、反酸、呕吐、呕血、腹泻、便血、黑便； D、尿频、尿急、尿痛、血尿、外生殖器溃疡；</p> <p>E、皮下出血、鼻出血； F、头痛、头晕、意识障碍、视力下降、抽搐；</p> <p>G、多饮、多食、多尿、消瘦或发胖（半年内体重减少或增加5公斤以上）；</p> <p>H、四肢关节红肿热痛、活动障碍。</p>	

7*、身体残疾情况；	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>
(1) 有无失明、聋哑、跛行；	(2) 有无脊柱、胸廓、四肢、五官、缺损或畸形；
(3) 有无行动或智能障碍；	(4) 有无言语、咀嚼、视力、听力、嗅觉、四肢及中枢神经系统机能障碍。
8*、被保险人为女性时，请说明：	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>
(1) 目前是否怀孕，若是，怀孕_____周；	
(2) 是否曾经患子宫、卵巢、乳房或其它妇科疾病；	
(3) 既往和目前是否有乳房肿块、疼痛、血性溢乳或淋巴结肿大、阴道不规则流血、白带异常、下腹痛等异常；	
(4) 是否曾经不孕、异常妊娠、剖腹生产、异常出血或接受下腹部手术、放射性治疗。	
9*、有无使用镇静安眠剂、迷幻剂、违禁药物、强力胶、毒品，或酒精中毒、药物中毒。	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>
10*、目前有无吸烟或饮酒习惯	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>
如有，每天吸烟_____支、约有_____年历史；每天饮酒量_____，饮酒种类_____，有_____年。	
11*、有无从事潜水、滑水、滑雪、滑冰、驾驶航空机具、热气球、滑翔、跳水、跳伞、悬崖登攀、蹦极跳、武术、空手道、搏击、马术、狩猎、特技表演及车辆竞赛等危险活动的爱好或行为。	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>
12*、有无汽车、摩托车等机动车驾驶执照。	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>
13、目前有无已生效的人身保险合同或正在申请投保本保险之外的人身保险？	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>
14*、最近两年内有无曾被保险公司解除人身保险合同或申请投保其它人身保险而未被承保、延期或附加条件承保。	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>
15*、是否曾申请人身保险金的索赔。	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>
16、被保险人的双亲、配偶、子女或兄弟姐妹有无曾罹患心脏病、脑血管意外、高血压、糖尿病、肺结核、肾病、病毒性肝炎、血友病、高脂血症、性病、艾滋病、精神病。	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>
<b>被保险人财务状况告知（申请投保各类人身保险，均必须填写）</b>	
17、工作性质：_____ 职务：_____ 从事该行业时间：_____	
进入现单位时间：_____	
18、每年固定收入约_____万元。	
主要来源：工薪 <input type="checkbox"/> 个体 <input type="checkbox"/> 私营企业 <input type="checkbox"/> 其它 <input type="checkbox"/> （请说明）	
19、每年奖金数或分红数约_____万元。	
20、有无兼职？（若有，请说明工作性质，职务及工作时间段）	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>
21、有无其它收入来源？（若有，请说明来源及年收入金额）	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>
22、有无负债？（若有，请说明）	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>
<b>被保险人说明栏：</b>	
上述告知各项若答复为“是”或“有”时，请注明编号并详细说明。	
对本事项告知单及告知内容，本公司承担保密义务。	
如有诊察治疗记录，请告知诊治原因、日期、医院名称。	
_____年_____月_____日因_____疾病在_____医院治疗（或做_____手术）	
_____年_____月_____日因_____疾病在_____医院治疗（或做_____手术）	
_____年_____月_____日因_____疾病在_____医院治疗（或做_____手术）	
诊治结果及目前状况：	
<b>被保险人声明：</b>	
本事项告知书所做各项回答确实无误，并以此作为保险合同的组成部分。如有任何隐瞒或日后发现与事实不符，即使保险单签发生效，你公司可不负任何给付责任。	
投保人签章：_____	被保险人签名：_____ 填写日期：_____
团险业务员姓名：_____	团险业务员工号：_____ 团险业务员联系电话：_____

注：请被保险人本人用黑、蓝黑墨水亲笔填写，字迹清晰，切勿涂改。