

## 太平人寿保险有限公司个人告知书

申请提交人姓名：	保单号：	
告知对象（请选择）：	投保人	被保险人 姓名：
询问事项		告知对象 是 否
1、 a. 身高_____厘米    b. 体重_____公斤    c. 过去一年内体重：增/减_____公斤    d. 原因_____		
2、 您是否正在或准备接受药物治疗、手术或其它治疗，如是请说明药物及治疗名称： 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_____		
3、 a 您是否吸烟或曾经吸烟，若“是”，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：_____； b 您是否饮酒或曾饮酒，若“是”，请详述：饮酒_____年，饮白酒_____两/日、或饮红酒和黄酒_____两/日； 若现已停止饮酒，请说明停止饮酒原因及时间：_____； C 医生是否曾建议或要求您戒酒或戒烟？或曾过量饮酒接受治疗史？		
4、 在过去五年中，您是否曾经接受 a 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 b 诊疗、外科手术、住院治疗		
5、 您及您的配偶是否曾经接受或试图接受或准备接受与艾滋病（HIV/AIDS）有关的医疗咨询、检验或治疗？ 如是，请说明原因及检查结果：_____； 您是否在过去6个月内曾经有持续一周以上的下列症状：体重下降、食欲不振、盗汗、腹泻、淋巴结肿大及皮肤溃疡？		
6、 身体残疾或畸形：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。		
7、 您是否曾经有下列症状、曾被告知患有下列疾病或接受治疗下列疾病： a. 视力障碍或失明、视网膜出血或剥离、视神经病变、虹膜睫状体炎、青光眼、白内障、高度近视800度以上、眼底病变、鼻衄、口腔白斑症、声音嘶哑、聋哑、听力障碍或耳聋、中耳炎、眩晕、梅尼尔氏症及其它眼、耳、鼻、喉或口腔的疾病？ b. 癫痫、反复头晕头痛、晕厥、意识障碍、智能障碍、精神分裂症、抑郁或焦虑、脑血管畸形或脑动脉血管瘤、脑血管意外（包括脑出血、脑梗死）、重症肌无力、多发性硬化症、帕金森氏综合症、肌肉萎缩、肌炎、脊髓灰质炎、脊髓炎、瘫痪或麻痹、舞蹈症、脑炎或脑膜炎、神经炎、头部外伤、坐骨神经痛及其它神经、精神疾病？ c. 咯血、痰中带血、慢性支气管炎、哮喘、支气管扩张、肺结核、肺脓肿、肺栓塞、肺气肿、胸膜炎、尘肺、矽肺及其它呼吸系统疾病？ d. 胸痛、心慌、气急、不能平卧、紫绀、心律失常、高血脂、高血压（高压超过140或低压超过90MMHG）、冠心病、心肌梗死、心包炎、心肌炎、心内膜炎、心肌病、风湿性心脏病、先天性心脏病、心脏扩大、主动脉瘤、川崎氏病、下肢静脉曲张及其它心血管疾病？ e. 呕血、腹痛、便血、肝区疼痛、黄疸、肝功能异常、肝脾肿大、肝炎、肝炎病毒携带者、肝硬化、肝脓肿、肝内胆管结石、胆囊炎、胆结石、化脓性胆管炎、消化道溃疡、疝气、溃疡性结肠炎、克隆氏病、结肠直肠息肉、直肠肛门疾病、胰腺炎及其它消化系统疾病？ f. 浮肿、血尿、蛋白尿、肾炎、肾病综合症、肾功能异常、尿毒症、肾囊肿、肾下垂、尿路结石、尿路畸形、前列腺肥大及其它泌尿生殖系统疾病？ g. 糖尿病、糖耐量异常、痛风、肢端肥大症、垂体机能亢进或低下、甲状腺或甲状旁腺机能亢进或低下、肾上腺机能亢进或低下及其它内分泌系统疾病？ h. 癌症、肿瘤（恶性、良性或尚未证实为良性或恶性的）、肿块、息肉、囊肿、赘生物？ i. 皮下出血点、鼻衄、反复齿龈出血、血友病、各类贫血、紫癜、白血病、淋巴结肿大及其它血液系统疾病？ j. 关节红肿或变形、关节疼痛、风湿性关节炎、类风湿性关节炎、其它类型关节炎、关节置换、椎间盘突出、脊柱疾病、系统性红斑狼疮、硬皮病及其它骨、关节或结缔组织疾病？ k. 曾经或正在患有任何皮肤疾病？曾经或正在患有性病？或任何职业病？ l. 接受过输血或被建议不宜献血？ m. 其它以上未提及的疾病及症候、先天或后天的健康问题？		
8 a. 您的亲属（祖父母、父母、子女、兄弟姐妹）是否曾经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、多发性硬化症、结核病、赘生物、良性或恶性肿瘤、曾被发现为乙型肝炎及病毒携带者、其它肝炎及病毒携带者，若“有”，请说明与被保险人的关系以及所患疾病名称_____； b. 您的直系亲属中是否有在65岁前去世的，若“是”，请说明与被保险人的具体关系以及去世原因_____		
9 a. 您是否曾经醉酒或酗酒肇事、酒精中毒？ b. 您是否曾经企图自杀或服药过量？ c. 您是否曾经或正在使用镇静安眠药、迷幻药及其它毒品或违禁药物？		

10 女性适用	a. 您是否怀孕?若“是”,怀孕 _____ 月 b. 您是否患有或曾经患有乳腺炎、乳腺肿瘤、肿块或囊肿及其它乳腺疾病?您的家庭成员中是否有人患过乳腺癌? c. 您是否患有或曾经患有子宫内膜异位症、阴道异常出血、子宫肌瘤、子宫颈刮片检查异常、卵巢囊肿、盆腔炎、性传播疾病及其它生殖器官疾病?	
11 少儿适用	a. 出生时体重 _____ 公斤,是否有早产、难产、窒息和抢救史?是否因医生建议而行剖宫产?是否存在先天性或遗传性疾病或畸形? b. 是否有生长发育异常?是否有心脏、血管、神经、运动或智力方面异常?是否因病住院治疗或手术? c. 是否出生4个月后会抬头?是否出生13个月后会独立行走?是否未按时接种预防疫苗?	
上述问题中如有任何答案为“是”者,请详细说明发病原因、时间、病情、治疗情况及医院和医生名称:		

**其他告知**

询问事项		告知对象
		是 否
1. 每年固定收入约: _____ 万元, 负债 _____ 万元; 若被保人已拥有下列类型的医疗保险, 请选择(可多选) <input type="checkbox"/> 公费医疗 <input type="checkbox"/> 社会医疗保险 <input type="checkbox"/> 其他费用补偿型医疗保险 _____		
2. 主要收入来源:    工薪    个体    私营    房屋出租    证券投资    银行利息    其它请说明		序号
3. 您的职业是否涉及或接触任何危险物(化学物质、爆炸物、有毒物质或其它危险物)室外作业或重体力劳动、高空作业、潜水或水下作业、隧道坑道或井下作业及其它危险职业或工作?		
4. 您是否是现役军、警人员?若“是”,请详述:		
5. 您是否正在或试图参加私人性质飞行、赛车、竞马、潜水、登山攀岩或从事其它危险性运动?若“是”,请填妥相关问卷,连同此单一并交回本公司。		
6. a. 您是否持有有效机动车驾驶证?若“有”,请填写驾照类型: _____, 如拥有摩托车驾照, 请回答 b b. 您拥有有效摩托车驾照且仅使用摩托车作为上下班的交通工具。 c. 您是否因驾车而发生过大交通事故?若“是”,请详述:		
7. 您的户籍所在地与投保地是否为同一地,若“否”,请回答:		
a. 您在投保地居住时间:	<1年                      1年	
b. 您有投保地的:	居住证                      暂住证	
c. 您来投保地的目的:	工作                      探亲                      旅游                      其它 _____	
d. 在投保地的住所	单位宿舍                      租借, 租金 _____ 元/月                      借住亲戚                      投保地购房	
8. 您是否在国外(包括港澳台)持续居住超过三个月或正准备出国者,若“是”,请详述:		
9. 您是否已购买、正在或准备购买人寿保险、人身意外险或健康保险?若“是”,请详述:		
公司名称	1. _____	2. _____
险 种		
保险金额		
投保日期		
10. 您的人寿保险、人身意外或健康保险的投保申请是否曾被拒保、延迟、加费或作任何形式的修改?若“是”,请详述:		
11. 您是否曾经向任何保险公司提出索赔申请?若“是”,请详述事故原因以及索赔结果:		
<b>投保人及被保险人声明与授权</b>		
1 贵公司的代理人已经向本人详细解释了投保险种的保险责任及责任免除条款,对于保险期间为一年期的险种,在续保前需经贵公司审核通过后方能生效,否则,该合同到期终止,本人对上述事项已经充分了解并且同意遵守;		申请提交人签名
2 本人确认以上所做的各项声明和陈述、与保险合同有关的各份答卷及文件均完全属实无误,所有陈述均可作为贵公司判断是否能够承保的依据并成为保险合同的一部分。若不属实,贵公司可以依法解除本合同;		
3 所有保险责任以合同所载为准,除由贵公司经正式程序修改或批注的内容外,其它任何人的口头及书面陈述、报告或合约,贵公司无需负责;		告知对象签名
4 若本人接受贵公司签发的保险单及任何经本人签署的文件,均视为本人承认贵公司在保单内的批注或任何附加及更改;		
5 本人授权贵公司在审核本人申请时根据需要,委派医师或指定医疗机构安排进行体检、血液尿液化验及其它项目的检查;		签署日期 年/月/日
6 本人授权贵公司在审核本人申请时可以向任何医生、医院、诊所、保险公司或任何组织单位,就有关事宜,查询有关投保人及被保险人的资料或索取其它有关证明文件;		
7 贵公司应对本人的健康资料、财务资料及其它所提供的资料进行保密,不得向他人泄露。但是政府机关或司法部门根据法律规定提出需要而披露者不在本款限制之内;		
8 除本人申请终止外,本人接受贵公司根据续保条件对一年期险种提供自动续保;		
9 对于保险期间为一年期的险种,若贵公司未收到本人不再继续投保的书面申请,可视为本人申请下一保险年度继续投保。		