

补充告知问卷

投保人：_____ 被保险人：_____ 保单号/印刷号：_____

健康告知栏（如投保险种中不涉及投保人保险费豁免责任，投保人健康告知栏无须填写）

询问事项	被保险人是否	投保人是否
1. 被保险人身高_____厘米，体重_____公斤；投保人身高_____厘米，体重_____公斤。		
2. 您是否有吸烟习惯？若“是”，请详述：被保险人每天_____支，已吸烟_____年；投保人每天_____支，已吸烟_____年。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. 您目前是否饮酒或曾经饮酒？若“是”，请告知饮酒_____年； 酒的种类为：①啤酒_____（瓶/天） ②红酒_____（两/天） ③白酒_____（两/天）④其他_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. 您目前或过去一年内是否曾有过下列症状？如：反复头痛、眩晕、胸痛、咯血、气喘、腹痛、便血、包块或肿物、原因不明的发热、皮肤和粘膜及齿龈出血、体重下降超过5公斤，原因不明的肌肉萎缩，身体的其他感觉异常或活动障碍。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. 您过去一年内是否接受过医师的诊查、治疗、用药、住院或手术建议？	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. 您过去三年内是否曾有过医学检查结果异常（包括健康体检）？若“是”，请注明检查时间与结果。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. 您过去十年内是否住院诊疗？若“是”，请注明住院的原因、时间、治疗结果及医院名称。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. 您是否有智能障碍、失明、聋哑或言语、咀嚼或身体其他部位残缺、残疾或功能障碍？若“是”，请说明智能障碍等级和残疾等级。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. 您是否曾经患有或被怀疑患有以下疾病？若“是”，请注明就诊医院、疾病名称、治疗时间和结果： A. 神经系统及精神方面疾病，例如：癫痫、肢体瘫痪、脊髓疾病、多发性硬化、重症肌无力、帕金森氏综合征、脑中风、阿尔茨海默病、脑动/静脉血管瘤及畸形、精神病、抑郁症、神经官能症、脑部手术史等； B. 呼吸系统疾病，例如：慢性支气管炎、肺气肿、肺心病、哮喘、肺结核、肺栓塞、支气管扩张、尘肺、间质性肺病、肺纤维化等； C. 循环系统疾病，例如：高血压、冠心病、心绞痛、心律失常、心肌梗塞、先天性心脏病、心脏瓣膜病、风湿性心脏病、心肌病、主动脉疾病、川崎病、心包炎、心导管等心血管介入治疗等； D. 消化系统疾病，例如：肝炎（请注明类型）、乙肝或丙肝病携带、多囊肝、胆结石、肝硬化、胰腺疾病、胃和/或十二指肠溃疡、慢性或溃疡性结肠炎、克隆病、腹部手术史等； E. 泌尿系统及生殖系统疾病，例如：血尿、肾炎、肾病综合症、多囊肾、肾脏功能不全、尿毒症、肾结核、肾积水、泌尿系统结石、泌尿系统手术史、生殖器官疾病等； F. 内分泌及肌肉骨骼、结缔组织疾病，例如：糖尿病、甲状腺或甲状旁腺疾病、肾上腺疾病、脑垂体异常、类风湿性关节炎、风湿病、痛风、强直性脊柱炎、肌肉骨骼关节疾病、系统性红斑狼疮、艾滋病等； G. 血液系统疾病，例如：贫血、血小板减少、紫癜症、白血病、血友病、再生障碍性贫血、淋巴瘤等； H. 五官科疾病，例如：视网膜出血或剥离、白内障、青光眼、高度近视（800度以上）、听力减退、五官手术史等； I. 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、赘生物等； J. 先天性疾病、遗传性疾病、脑外伤后遗症，急/慢性中毒、职业病等； k. 以上未提及的其他疾病或症状。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. 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"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11. 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、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"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12. 婴幼儿补充告知栏【2周岁（含2周岁）以下请填写】： 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"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13. A. 您的父母、子女、兄弟姐妹是否患有恶性肿瘤/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？ B. 您的直系亲属中是否有60岁以前去世的？若“是”，请说明亲属关系、确诊疾病名称和确诊时的年龄。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

其他告知栏（如投保险种中不涉及投保人保险费豁免责任，14—19项投保人栏无须填写）

14. 您目前是否有本公司或其他保险公司的人身保险？若“是”，请注明投保险种、保险金额、承保公司。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15. 您过去是否被保险公司解除合同或投保、复效时被拒保、延期、附加条件承保？若“是”，请详述。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
16. 您是否有任何形式的人身保险理赔？若“是”，请详述。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
17. 您是否参加飞行、潜水、攀岩、蹦极、跳伞、武术、拳击、赛车、特技活动等危险运动或是否有上述爱好？	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
18. A. 您是否有驾驶执照？若“是”请选择 <input type="checkbox"/> A照 <input type="checkbox"/> B照 <input type="checkbox"/> C照 <input type="checkbox"/> D照 <input type="checkbox"/> E照 <input type="checkbox"/> 其他_____。 B. 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"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
19. 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"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
20. 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_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

告知说明及备注栏（以上健康、其他告知栏中4—19项询问如回答“是”，请在本栏中标明问题序号并详细说明）

<p>声明：本问卷所填各项内容均完整、真实、无误，如有隐瞒或告知不实，贵公司可依据《保险法》规定解除保险合同，并对合同解除前发生的保险事故不承担保险责任。</p> <p>投保人签名：_____ 被保险人/法定监护人签名：_____ 见证业务员签名：_____</p> <p>以上应由本人亲笔签名，否则本补充告知无效。</p> <p style="text-align: right;">_____年 月 日</p>