投保告知书（C 版）

投 保 单 号：_____

被保险人姓名：_____ **投保人姓名** _____

被保险人告知

身高：_____厘米	体重：_____公斤
1、否已购买或准备购买其他保险公司的人寿保险、意外险或健康保险？如“是”，请详述投保时间、投保公司、险种及保额？	
2、若被保险人为未成年人，是否已参保其它保险公司的以死亡为保险金给付条件的人身保险？若“是”，请详述投保时间、投保公司、险种及保险金额总和？	
3、您的人寿保险、意外险或健康保险的投保申请是否曾被拒保、延期、加费或作任何形式的修改？若“是”，请说明投保公司、险种、申请时间及原因。	
4、是否曾申请或获得恶性肿瘤或重大疾病保险理赔？	
5、最近两年内，是否曾从事或准备将从事高难度性之竞赛或活动？如赛车，汽艇，滑翔翼，滑翔机，飞行伞，跳伞，登山，潜水，滑水，跳水、马术，拳击，跆拳道，武术或特技表演等运动？	
6、您是否每年在国外逗留超过 3 个月或现正准备去往国外？若“是”，请说明日期、目的地及去往目的。	
7、被保险人为女性时填写 是否怀孕？若“是”：怀孕　　周	
8、被保险人为 6 周岁（含）以下的儿童时填写 被保险人为怀孕_____周出生的儿童；出生时体重为_____克。 被保险人是否有下列情况： a.被保险人出生时是否曾有窒息史、抢救史或置于保温箱史？ b.被保险人从出生至今是否曾接受住院治疗或外科手术？ c.被保险人是否曾治疗或被告知患有先天性疾病、遗传性疾病、先天性畸形或缺陷？ d.是否曾接到医生对被保险人生长发育方面的建议和警告？ e.被保险人的母亲在怀孕期间是否曾接到医生有关母婴健康方面的建议和警告？	
9、最近　两年　是否曾住院、手术？	
10、身体有无下述残障情况： a.脑脊液鼻漏或耳漏、智力障碍； b.视力、听力、嗅觉、或语言功能等障碍；眼部、耳部、鼻部的残疾；舌缺损、牙齿脱落； c.心脏损伤、脾或肺切除、肋骨骨折或缺失； d.咀嚼或吞咽功能丧失、胃切除、小肠切除、结肠或直肠切除、胰腺或肝切除； e.肾切除、输尿管闭锁或缺失、膀胱切除、尿道狭窄、男性睾丸萎缩或缺失、输精管闭锁或缺失、女性子宫切除、乳房切除； f.上或下颌骨缺失、颜面部软组织缺失、颞下颌关节强直、手指或手掌缺失、两上肢或两下肢长度不等、关节功能丧失、足趾或足部缺失、颈部或腰部活动受限、肢体肌力下降； g.脊柱、胸廓、四肢指趾畸形或缺陷； h.皮肤损伤或瘢痕。	
11、是否曾治疗或被告知患有下列病症： a.高血压、冠心病、心绞痛、心肌梗塞、心律失常、缩窄性心包炎、心包积液、心内膜炎、风湿性心脏病、先天性心脏病、 肺源性心脏病、心肌病、心脏瓣膜疾病(狭窄、闭锁不全、畸型)、主动脉瘤、血管炎、脑血管意外(脑出血、脑梗塞、脑栓塞、短暂性脑缺血发作)、脑血管畸形、脑动脉血管瘤； b.慢性支气管炎、肺炎、肺结核、哮喘、支气管扩张症、肺气肿、气胸、胸腔积液、肺脓肿、肺栓塞、胸膜炎、尘肺（包括各种外部粉尘所致的肺疾患）、肺间质病变或肺纤维化； c.肝炎病毒携带者、肝炎、肝硬化、肝功能异常、脂肪肝、肝脓肿、肝囊肿、肝血管瘤、食道静脉曲张、慢性胃炎、消化道溃疡/出血/穿孔、胰腺炎、胆囊炎、肝胆结石、化脓性胆管炎、痔疮、疝气、肠激惹综合征、肠梗阻、结肠炎、克隆病、肠结核、腹膜炎； d.肾炎或肾病、肾病综合征、肾功能异常、尿毒症、肾囊肿、肾盂肾炎、肾积水、肾结核、肾下垂、泌尿系统	

请双面打印使用

结石、尿路畸形、泌尿系统感染、前列腺肥大/发炎、精索静脉曲张、性病； e.糖尿病、痛风、甲状腺或甲状旁腺疾病、垂体机能亢进或减退、肢端肥大症、柯兴综合征、肾上腺疾病、高血脂症、其它先天或后天代谢紊乱性疾病； f.癌症、肿瘤、囊肿、息肉、结节、肿大及赘生物； g.贫血、血友病、白血病、紫癜、粒细胞缺乏、红细胞增多症、淋巴结肿大、脾脏疾病及其它血液系统疾病; h.风湿性关节炎、类风湿性关节炎、骨折或关节脱位、骨关节病、椎间盘突出、脊柱炎、骨质疏松症、骨髓炎、骨结核、颈椎病； i.白内障、青光眼、视网膜病变（出血、剥离或黄斑变性）、飞蚊症、视神经病变、斜视、虹膜炎、复视、视野缺损、角膜疾病、中耳炎、乳突炎、美尼尔氏病、前庭神经炎、神经性耳聋、鼻窦炎、鼻息肉、鼻中隔弯曲、声带息肉； j.癫痫、瘫痪、脑炎、脑膜炎、脑积水、脑震荡或外伤、脑脓肿及囊肿、脑萎缩、痴呆性疾病、舞蹈病、多发性硬化症、运动神经元疾病、帕金森氏病或综合征、小脑共济失调、脊髓疾病、脊髓灰质炎、坐骨神经痛、末梢神经炎或神经病、重症肌无力、肌营养不良症、肌炎或肌病及各种精神疾病； k.系统性红斑狼疮、硬皮症及其它结缔组织或自身免疫疾病； l.烧伤、皮肤真菌病、湿疹、多形红斑、银屑病、白塞综合征、念珠菌病、丹毒、结节性红斑、鱼鳞病、天疱疮、荨麻疹及其他皮肤疾病； m.接受器官移植。
12、您及您的配偶是否曾接受或试图接受与艾滋病有关的咨询、检验或治疗？
13、是否曾经服用毒品、麻醉剂及其它违禁药物？是否有药物依赖或接受过戒毒治疗？

请双面打印使用

被保险人告知说明栏

□ 被保险人 **无 以上被保险人告知 1 至 13 项**所列出的情况。 □ 被保险人 **有 以上被保险人告知 1 至 13 项**所列出的情况， 请详述：

本人已完整阅读并完全了解上述告知询问内容，本人确认已根据被保险人实际情况就上述告知询问内容进行了如实告知。本人同意该投保告知书作为保险合同的组成部分。

被保险人签名：_____

（需由被保险人亲自签名，若被保险人为未成年人，则由其法定监护人亲自签名）

投保人签名：_____

（需由投保人亲自签名）

日期：_____年_____月_____日