

# 健康告知书

工银安盛人寿保险有限公司（以下简称“工银安盛人寿”、“本公司”、“贵公司”）

健康告知须知：

1. 为了您的利益着想，请勿在空白之健康告知书上签署。
2. 健康告知书应由投保人/被保险人亲笔签署，签署前请再次校对所填资料。

保单号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

营销人员编号：

营销人员姓名：

营销人员电话：

1. 投保被保人一般告知事项(若该部分任何一项勾选“是”，请在末尾空白处说明)

| a. 职业名称   | b. 职业代码 | c. 主要职务 | d. 每月平均收入 | e. 工作单位名称 | f. 地址 | *如保险中有“豁免保险费条款”的请同时勾选以下投保人列 |                          |
|---|---------|---------|-----------|-----------|-------|-----------------------------|--------------------------|
| 投保人   |         |         |           |           |       |                             |                          |
| 被保险人  |         |         |           |           |       | 投保人是 否                      | 被保险人是 否                  |
| 1. 您是否正在申请或已拥有本公司或其他保险公司的人寿保险、人身意外保险或健康保险？若“是”，请详细说明保险公司、险种类别（寿险 / 重大疾病保险 / 意外险 / 医疗险）、保险金额及投保时间。（不含本次申请） |         |         |           |           |       | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| 2. 您申请人寿保险、人身意外保险或健康保险时，或在要求恢复该类保单效力时，是否曾被拒保、推迟、加费或作任何方式修改？若“是”，请说明具体情况及原因。                               |         |         |           |           |       | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| 3. 您是否因疾病或意外向任何保险公司提出索赔申请？若“是”，请详细说明。   |         |         |           |           |       | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| 4. 您是否正在或计划参加任何危险的运动或休闲活动，如飞行、潜水、登山、赛车等，或搭乘非商业性航班客机？若“是”，请填写相关问卷。   |         |         |           |           |       | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| 5. 您是否在国外居住过或正计划离开投保单签署地去国外、外地居住？若“是”，请说明具体前往的国家 / 地区及时间。   |         |         |           |           |       | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| 6. 您是否以摩托车为工作或日常使用的交通工具？若“是”，请详细说明。   |         |         |           |           |       | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| 7. 您是否有社保(此处社保是指职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险及新型农村合作医疗？   |         |         |           |           |       | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |

2. 投保被保人健康告知事项(若该部分任何一项勾选“是”，请在末尾空白处说明)

|   |  | 投保人是 否                   | 被保险人是 否                  |
|---|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. 投保人： 身高____米； 体重____公斤； 过去一年体重是否增/减超过5公斤？若“是”，请详细说明具体原因。<br>被保险人： 身高____米； 体重____公斤； 过去一年体重是否增/减超过5公斤？若“是”，请详细说明具体原因。  |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. a. 您是否吸烟？若是，“已吸烟”____年、“已戒烟”____年，原因：_____<br>b. 您是否饮酒？若是，“已饮酒”____年、“已戒酒”____年，种类____，原因：_____  |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. 您是否有下列身体残疾？若“是”，请详细说明残疾等级、残疾部位、原因、有无功能障碍、是否使用辅助器械：<br>a. 五官、脊柱、胸廓畸形；四肢、手指、足趾缺损或功能障碍？<br>b. 视力、听力、语言及其他中枢神经系统障碍？  |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. 您是否有或曾经有下列症状、疾病或手术史？若“是”，请详告知：<br>a. 眼睛胀痛，视物不清，不明原因的声嘶，听力或视力下降，视野缺损等症状；青光眼，白内障，视神经病变，眼底病变，视网膜出血或剥离、高度近视（800度以上），失明，聋，哑？<br>b. 皮肤粘膜白斑，血管瘤，脂肪瘤，皮肤粘膜损害，近期明显变化的体表痣？<br>c. 反复头晕，反复头痛，晕厥，抽搐，肌肉萎缩，四肢机能障碍，意识障碍，智能障碍，定向力障碍，精神抑郁等症状；癫痫，重症肌无力，多发性硬化症，帕金森综合症，阿尔茨海默病，脑炎，脑膜炎，脊髓灰质炎，抑郁症？<br>d. 长期咳嗽，咳痰，咯血等症状；慢性支气管炎，哮喘，肺脓肿，肺栓塞，胸膜炎，气胸，肺气肿，睡眠呼吸暂停综合征，支气管扩张，肺结核，尘肺，矽肺，间质性肺病，肺纤维化，胸腔积液，纵膈疾病？<br>e. 胸闷，胸痛，心慌，气急，不能平卧，紫绀，浮肿，心脏杂音等症状；高血压，心包炎，心律失常，心肌炎，心肌梗死，冠心病，动脉粥样硬化，风湿性心脏病，先天性心脏病，冠心病，急性冠脉综合症，心绞痛，血管畸形，瓣膜疾病，主动脉血管瘤，脑动脉血管瘤，脑中风，脑血管意外？<br>f. 皮肤黄染，巩膜变黄，腹痛，背痛，呕血，黑便，便血，反复腹泻，排便规律及性状改变，肝区疼痛，肝脾肿大等症状或体征；肝炎病毒携带，肝硬化，肝脓肿，肝囊肿，肝内结石，肝炎，肝血管瘤，肝功能异常，脂肪肝，胆囊炎，胆结石，胆囊息肉，化脓性胆管炎，消化道溃疡，消化道炎症，出血及穿孔，疝气，溃疡性结肠炎，胰腺炎，肛瘘，肛裂，痔疮？<br>g. 血尿，泡沫尿，蛋白尿，全身浮肿等症状；肾炎，肾病综合征，肾功能异常，尿毒症，肾囊肿，肾下垂，肾血管瘤，肾移植，肾积水，尿路结石，尿道畸形，前列腺增生，前列腺炎，性传播疾病？ |  |                          |                          |

| 2. 投保健康告知事项(续)   | 投保人<br>是 否  | 被保险人<br>是 否                                       |
|--|---|---|
| h. 多饮, 多食, 多尿, 消瘦等症状; 糖尿病, 糖耐量异常, 血糖异常, 血脂异常, 痛风, 垂体 / 甲状腺 / 甲状旁腺 / 肾上腺机能亢进或减退, 甲状腺结节, 甲状腺包块;<br>i. 恶性肿瘤, 良性肿瘤, 不明性质的肿块或占位物、硬块、结节、息肉、淋巴结肿大、囊肿或其他赘生物;<br>j. 血常规检查异常、不明原因皮下出血点, 瘀斑, 瘀痕, 紫癜, 反复鼻出血, 反复齿龈出血, 血友病, 白血病, 各类贫血? 或其被建议不宜献血?<br>k. 关节红肿, 关节酸痛, 关节畸形, 风湿性关节炎, 类风湿关节炎, 系统性红斑狼疮, 强直性脊柱炎, 颈、胸、腰、骶椎疾病, 股骨头坏死, 骨性关节炎, 骨髓炎, 皮炎, 肌营养不良症, 干燥综合症, 川崎病;<br>l. 服食任何成瘾药物或吸毒?<br>m. 因任何原因接受过输血? 若“是”, 请说明何时输血、输血原因及输血量。 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 5. 您过去两年内是否有去医院住院检查或治疗(包括入住疗养院、康复医院等医疗机构)? 若“是”, 请详细说明。  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 6. 您过去两年内是否曾有过医学检查(包括健康体检)结果异常? 若“是”, 请详细说明。   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 7. 您过去一年内是否有去医院门诊、急诊或留观室检查就诊, 接受医学检查、服药、手术或其他治疗? 或打算接受相关检查或治疗?   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 8. 女性告知(未满14周岁免告知):<br>a. 您目前是否怀孕? 若是, 怀孕____月。请同时递交产前体检报告。<br>b. 怀孕期间是否有合并症? 例如: 蛋白尿、高血压、糖尿病、宫外孕等?<br>c. 既往是否有异常妊娠史、习惯性流产、性激素水平异常?<br>d. 是否曾患有子宫内膜异位症、月经不调、痛经、阴道异常出血、葡萄胎、乳房结节、乳房包块、或被告知子宫颈涂片检查结果异常?   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 9. 您及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、检疫或治疗, 或曾在过去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, 淋巴结肿大或皮肤粘膜溃疡?  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 10. 您的父母子女兄弟姐妹们是否患有高血压肾病, 中风, 肝或肾囊肿, 肝硬化, 糖尿病, 心脏病, 白血病, 结核, 多发性硬化, 精神疾病, 恶性肿瘤, 肝炎, 或其他遗传、传染性疾病, 或有早于60岁去世的? 若“是”, 请详细说明。  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 11. 五周岁以下(含五周岁)儿童告知: 出生体重____公斤<br>a. 是否有难产、早产、新生儿窒息、颅内出血及其他新生儿疾病?<br>b. 是否有畸形、发育迟缓、惊厥、抽搐、脑瘫、身体或智力发育异常, 或其他先天性、遗传性疾病?<br>c. 是否曾经因高热惊厥、哮喘、外科疾病住院?<br>d. 是否曾经在过去的一年内因上呼吸道感染、肺炎、腹泻等疾病住院三次及以上?<br>若有以上情况, 请同时递交出院小结、出院后门诊随访记录及儿童保健手册。  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 12. 如上述投保健康告知事项及健康告知内任何答案为“是”, 请详细说明对象、日期、诊断、持续时间、治疗、检验结果、医院名称、地址或其他详情。  |   |   |

投保人与被保险人声明与授权

1. 本申请书及有关各份问卷、文件内之声明、陈述或答语完全确实无误, 如上述资料不属实, 任何根据此申请书所作之保险合同变更可被视作无效。

2. 本投保人和被保险人现授权任何医生、医院、诊所、保险公司或组织及所有熟悉本人健康情况之人士, 均可将本人以往之患病状况、病历等详细资料向贵公司及其代表说明。本人即使死亡或丧失能力, 其继承人或受让人亦不可撤销或废止此项授权而仍需受此项授权约束。此授权之副本与正本具同样效力。

\*上述情况如有需补充说明的, 请以补充文件详细说明。