



保全申请单条形码编号:

最新个人资料告知书

公司提示：请您在仔细阅读本填表说明后用蓝、黑墨水笔填写本告知书，并在合适的回答方框内打√。

保险合同号码 <div style="border: 1px solid black; width: 300px; height: 25px; margin-top: 5px;"></div>	告知人: <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 投保人 <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> 被保险人姓名_____ 投保人姓名_____ </div>
--	--

1. 告知人是否正在申请或已拥有任何保险公司或保险机构的保险合同？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如是, 请填下表:						
承保公司/机构		保险品种	保险金额总数	每日住院现金给付	保险合同生效日期	
<p style="text-align: center;">问题及健康告知</p> <p>请告知人回答以下所有问题:</p>				被保险人 回答	投保人 回答	若“是”请说明（原因、日期、医院名称及诊治结果）
1. 告知人目前的身高、体重？	投保人： 身高 厘米；体重 公斤 被保险人：身高 厘米；体重 公斤	过去的一年中体重是否有明显增减（半年内体重增减达到 5 公斤以上）？		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
2. 您是否正在申请或已经拥有任何保险公司的保险合同？若是, 请说明: 承保公司、保险品种、保险金额总和、因被保险人死亡给付的保险金总和、住院每日补贴数额及保险合同生效日期。				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
3. 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、推迟、加费或作限制保障权益？是否有解除保险合同？是否曾向任何保险公司提出索赔申请？若“是”, 请说明。				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
4. 是否计划出国或改变居住地或工作地点？正在或试图参加私人性质飞行, 或携带氧气瓶潜水、或登山、或从事危险性的运动？若“是”, 请填写相关问卷, 连同此投保单一并交回本公司。				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
5. 是否持有有效摩托车驾照？				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
6. a. 是否吸烟？ 若“是”, 吸烟 _____ 年 _____ 支/天; 若现已停止吸烟, 停止吸烟原因及时间 _____。 b. 是否饮酒？ 若“是”, 饮酒 _____ 年, 种类 _____, 数量 _____ (两/周); 若现已停止饮酒, 停止饮酒原因及时间 _____。				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
7. 是否曾经或正在使用镇静安眠剂、可成瘾药物、麻醉剂, 或接受戒毒、戒酒治疗？				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
8. 最近六个月内是否有医生建议您服药、住院、接受诊疗、手术或其它医疗方案？				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
9. 最近五年内, 是否曾经作下列之一的检查, 有无异常? 核磁共振(MRI)、心电图、胃镜、纤维结肠镜、气管镜、CT、超声波、X 光、眼底检查、脑电图、肝功能、肾功能、病理活检及其它特殊检查。				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
10. 是否有下列身体残障状况:						
a. 脊柱、胸廓、四肢、手指或手掌、足趾或足部缺损畸形、两上肢或两下肢长度不等、跛行?				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
b. 眼、耳、鼻、舌或其它颜面部软组织缺损畸形? 牙齿脱落、上下颌骨缺失、颞下颌关节强直? 肋骨骨折或缺失? 颈部或腰部活动受限? 肢体肌力下降?				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
c. 睾丸萎缩或缺失? 阴茎缺失? 输精管闭锁或缺失? (男性)				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
d. 子宫切除? 阴道闭锁? 乳房切除? (女性)				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
e. 视力、听力、语言、咀嚼、吞咽、嗅觉、触觉等功能障碍或中枢神经系统障碍?				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
f. 精神、智能障碍或性格行为异常?				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
g. 脾、肺、胃、小肠、结肠、直肠、胰腺、肝、肾、膀胱切除? 心脏的结构损伤或功能障碍? 输尿管闭锁或缺失? 其它内脏或身体器官缺损、摘除或移植?				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
11. a. 你及你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、检验或治疗, 或艾滋病病毒(HIV)呈阳性反应? b. 是否曾经验血而得知为乙肝表面抗原(HbsAg)阳性反应或不宜献血?				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
12. 若为 16 周岁(含)以上女性, 请告知:						
a. 目前是否怀孕? 若是, 已怀孕 _____ 周?				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
b. (曾)患子宫、卵巢、乳房或其它生殖器官疾病?				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
c. (曾)异常妊娠、阴道异常出血或接受下腹部手术?				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
d. 母亲、姐妹中是否有人(曾)患乳腺、子宫、卵巢等生殖器官恶性肿瘤?				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

13. 是否患有或曾经患有以下疾病： a. 最近六个月内，是否有下列疾患或自觉症状？ • 不明原因皮肤出血点或淤斑、鼻衄、反复齿龈出血？ • 不明原因的声嘶、关节红肿酸痛、难以愈合的舌、皮肤溃疡，持续低热，体重显著减轻（短期内 5 公斤以上），痣的形态、大小或颜色改变、黄疽？ • 咳嗽、痰中有血块或血丝？眼睛胀痛、视力或听力明显下降、视物不清？ • 持续一周以上的吞咽困难、食欲不振、盗汗、腹泻、腹部不适？ • 紫绀、胸闷、心慌、气急、心前区疼痛、反复头痛、头晕？ • 小便困难、蛋白尿、血尿、便血、黑便、粘液便？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
b. 视神经病变、白内障、青光眼、视网膜出血或剥离、近视 800 度以上？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
c. 脑脊液鼻漏或耳漏、脑血管意外及后遗症、蛛网膜下腔出血、癫痫病、帕金森氏综合症、精神病、神经麻痹、心脏病、高血压、高脂血症、血管瘤、血管疾病？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
d. 胸膜炎、肺炎、哮喘、肺结核、慢性支气管炎、支气管扩张症、肺气肿、气胸、尘肺、矽肺？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
e. 慢性胃肠炎、结肠炎、消化性溃疡、消化道出血穿孔、胰腺炎、肝炎、脂肪肝、肝硬化、肝脓肿、胆道结石、胆囊炎、腹膜炎、脾肿大、肛肠疾病？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
f. 肾炎、肾病综合症、尿毒症、急性肾功能衰竭、尿路结石、尿道狭窄、肾囊肿、肾下垂、反复尿路感染、性病？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
g. 糖尿病、垂体、甲状腺、肾上腺疾病等内分泌系统疾病？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
h. 贫血、再生障碍性贫血、白血病、紫癜症、血友病？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
i. 风湿热、关节炎、类风湿性关节炎、痛风、颈椎病、椎间盘突出症、红斑狼疮、硬皮病、皮炎、重症肌无力、肌肉萎缩症、其他结缔组织疾病？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
j. 肿瘤(包括任何良性、恶性或尚未定性的肿瘤)、息肉、囊肿或增生生物？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
k. 先天性疾病、遗传性疾病？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
l. 身体是否有瘢痕？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
m. 除上述以外的其它疾病、症状或意外受伤史？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
14. 直系亲属中，是否患有或曾经患有高血压、肾病、心脏病、肝炎、肝肾囊肿、肝硬化、糖尿病、精神病、癌症或早于 60 周岁因病身故者？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
15. 若为 2 周岁（不含）以下婴儿，请告知： a. 被保险人出生时身长_____厘米，体重_____公斤，出生医院_____，出生时留院天数_____天，如超过7天，请详细说明。 b. 出生时是否有早产、难产、窒息等情况？是否使用产钳等辅助器械？ c. 出生时是否有抢救史？ d. 是否未按要求接受预防接种？ e. 是否曾进行婴幼儿体检且结果异常？ f. 是否经常患腹痛、婴幼儿腹泻等消化系统疾病？ g. 是否曾患哮喘、肺炎、扁桃体炎等呼吸系统疾病？ h. 是否曾患疝气？ i. 是否曾出现“高热惊厥”？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
16. 是否已参加公费医疗或社会医疗保险。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
17. 您是否有其他事项告知本公司？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

投保人、被保险人向富德生命人寿保险股份有限公司（以下简称“贵公司”）声明并同意下列事项：

- 1、本人声明已阅读本告知书，对此问卷的各项要求均已了解，所填写各事项均属实并无欺瞒。上述一切陈述及本声明将成为签发保险合同、保全批单和理赔的依据，并作为保险合同的组成部分。
- 2、本人同意本告知书将成为申请复效、变更或增加保额之依据。本人同意复效、变更或增加保额的申请，须经贵公司核准后方可生效（具体生效日以批单约定为准），将不会因任何付款协定或已交付保险费而发生效力。在保险合同效力中止日至复效申请批准生效日期间发生任何保险事故，贵公司不承担保险合同给付责任。
- 3、对于寿险主合同的复效、变更或增加保额事宜，本人同意若被保险人于贵公司批准生效日起一定期间内（具体期间以条款约定为准）因疾病身故，贵公司将无息返还因复效、变更或增加保额而支付的保险费。同时，若被保险人在复效或增加保额申请批准生效日后两年内自杀（被保险人自杀时为无民事行为能力人时除外），贵公司不负给付保险金或该增额部分保险金的责任。
- 4、对于附加重大疾病保险合同的复效、增加保额事宜，本人同意若被保险人于贵公司批准生效日起一定期间内（具体期间以条款约定为准）罹患保险合同条款中定义的“疾病”，贵公司不承担此项附加保险合同保险金的给付责任。
- 5、投保人和被保险人现授权贵公司从任何内、外科医生、医院、诊所、保险公司或任何组织单位，就有关保险合同变更事宜，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。
- 6、此授权书之影印件与正本具有同样效力。

投保人签名：_____

被保险人(或其法定监护人)签名：_____

签署日期：_____年____月____日

为维护您的权益，请勿在空白的《最新个人资料告知书》上签名。签名前，请先核对所填写的资料。