



健康状况补充告知书

□ 保险单/□ 投保单编号:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

营管处/代理机构/部门: _____ 组织代码: _____ 营销员/客户经理/服务人员姓名及代码: _____ 联系电话: _____

若第 5 至 14 项的回答为“是”，请在详述栏详细说明。					选择
1. 姓名: _____ □ 被保险人 □ 第二被保险人 □ 男 □ 女 出生日期 年 月 日					
2. 被保险人目前身高: _____ 厘米, 体重: _____ 公斤; 第二被保险人目前身高: _____ 厘米, 体重 _____ 公斤					
3. 收入及负债		投保人		被保险人	
近三年年均收入及收入来源		万元, 主要来源: □ 工资 □		万元, 主要来源: □ 工资 □	
是否有负债及负债原因		□ 无 □ 有, 负债原因:		□ 无 □ 有, 负债原因:	
4. 所有被保险人是否有吸烟或饮酒习惯, 若有, 请在下面表格中详述:					□ 否 □ 是
对象	吸烟		饮酒		
被保险人	年	支/天	年,	酒	毫升/天
第二被保险人	年	支/天	年,	酒	毫升/天
5. A. 除本投保单外, 是否已拥有或正在申请其他人身保险:					□ 否 □ 是
保险公司	寿险保额	意外险保额	住院补偿医疗保额	住院津贴保额	
B. 所申请的人身保险是曾否被保险公司拒保、延期或以附加条件承保? 是否曾向保险公司提出索赔?					□ 否 □ 是
6. 所有被保险人是否有下列情况:					□ 否 □ 是
A. 曾否有特殊嗜好? 曾否有注射、服用、吸食、使用未经医师处方的国家管制性药物或海洛因、可卡因等毒品?					
B. 曾否或准备计划参加飞行、潜水、探险、赛车、举重、武术及其他竞技比赛等?					
C. 是否准备计划去或过去三年内曾经去境外旅行或工作? 如是, 去什么地区及多长时间?					
D. 曾否因身体健康原因而改变职业或工作? 如有, 您过去的工作是 _____					
7. 最近一年是否有新发现的或已存在的任何身体不适症状或体征, 如持续发热、不明原因感染、慢性咳嗽、皮肤溃疡、慢性腹泻、淋巴结肿大或明显消瘦(体重下降超过五公斤)?					□ 否 □ 是
8. 最近两年内曾否在进行身体检查时发现异常(包括但不限于 X 光、心电图、超声波、内窥镜、CT、核磁共振、血液、尿液、病理检查)? 或接受诊断、住院治疗、手术、输血、整容或治疗? 曾否有连续三周以上时间因受伤或疾病而不能工作或上学?					□ 否 □ 是
9. 是否有或曾有下列症状、疾病或身体异常情况:					
A. 心血管系统疾病, 例如心脏病、高血压病(收缩压×140mmHg 或舒张压×90mmHg)、冠心病、心绞痛、心肌肥厚、心包炎、心肌炎、风湿性心脏病、先天性心脏病、心脏瓣膜病、心脏杂音、心律失常、昏晕、心悸、胸闷、胸痛、血管瘤、动脉硬化、血管畸形、脉管炎、静脉曲张、血栓形成或其他心血管系统疾病?					□ 否 □ 是
B. 神经和精神系统疾病, 例如脑中风(脑出血、脑梗塞)、脑供血不足(短暂性脑缺血发作 TIA)、脑肿瘤、脑动脉血管瘤、脑动静脉血管畸形、帕金森病、眩晕、麻痹、癫痫、抽搐、瘫痪、多发性硬化、舞蹈症、抑郁症、精神分裂症、痴呆症、企图自杀或其他神经和精神系统疾病?					□ 否 □ 是
C. 呼吸系统疾病, 例如支气管炎、哮喘、肺气肿、支气管扩张、肺结核、胸膜炎、持续咳嗽、咳血、痰中带血或其他呼吸系统疾病?					□ 否 □ 是
D. 消化系统疾病, 例如肝炎、乙肝病毒携带、肝功能异常、肝硬化、重症肝炎、肝脾肿大、脂肪肝、胆囊疾病、肝内结石、黄疸、胆石病、胰腺疾病、食道疾病、消化道溃疡、消化道出血、疝气、胃炎、溃疡性结肠炎、结肠息肉、痔疮、便血或其他消化系统疾病?					□ 否 □ 是
E. 泌尿生殖系统疾病, 例如肾炎、肾盂肾炎、肾病综合症、肾功能异常或肾衰竭、尿毒症、肾囊肿、尿路结石、浮肿、血尿、蛋白尿、排尿困难、排尿疼痛、膀胱或输尿管疾病、前列腺疾病或其他泌尿生殖系统疾病?					□ 否 □ 是
F. 血液疾病, 例如鼻出血, 胸骨痛, 皮肤瘀斑或出血点, 牙龈自发性出血, 再生障碍性贫血、贫血、血友病、出血性疾病、骨髓疾病或其他血液疾病?					□ 否 □ 是
G. 内分泌及代谢疾病, 例如糖尿病、高血脂、高尿酸血症或痛风、甲状腺疾病、甲状旁腺疾病或脑垂体功能异常、乳房异常泌乳或其他内分泌及代谢疾病?					□ 否 □ 是

H.免疫系统及结缔组织疾病 ，例如系统性红斑狼疮、风湿病、类风湿病、干燥综合征或其他免疫系统及结缔组织疾病？	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是									
I.肌肉及骨骼系统疾病 ，例如腰背痛、颈痛、颈椎病、腰椎骨质增生症、关节炎、关节病、椎间盘突出、强直性脊柱炎及脊柱疾病或其他肌肉及骨骼系统疾病？	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是									
J.五官疾病 ，例如高度近视（大于 800 度）、失明、失聪、失语、视网膜病变、中耳炎、鼻息肉、鼻中隔偏移、青光眼、白内障、视障、声带结节或其他五官疾病？	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是									
K.任何恶性肿瘤 （包括但不限于癌症、白血病、淋巴病、肉瘤、胶质细胞瘤、骨髓瘤、何杰金氏病）、或未经证实之肿瘤或癌前病变、息肉、囊肿、结节、白斑？	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是									
L.任何先天性疾病、遗传性疾病、传染性疾病、皮肤病或性病？	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是									
M.任何以上未述及之受伤、异常症状、疾病、身体机能障碍或残缺、身体检查结果、诊断、输血或输血液制品。	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是									
10. 现在是否患有疾病或存在任何异常症状？有无智能障碍？有无任何身体的畸形、残缺或功能障碍？	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是									
11. 被保险人或被保险人的配偶或兄弟姐妹曾否患有艾滋病、艾滋病毒感染？	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是									
12. 在被保险人的直系亲属（父母或兄弟姐妹）中是否有人曾患有恶性肿瘤、高血压、心脏病、糖尿病、痛风、家族性结肠息肉、多囊肾、中风、癫痫、肝炎、肝炎病毒携带、嗜酒、企图自杀或其他精神、神经、遗传性疾病？如有，请填写下表。	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">罹患疾病</th> <th style="width: 30%;">患病人数</th> <th style="width: 40%;">因该疾病在六十岁以前去世人数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	罹患疾病	患病人数	因该疾病在六十岁以前去世人数							<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
罹患疾病	患病人数	因该疾病在六十岁以前去世人数								
13. 妇女专项（14 周岁及以上女性填写）： A. 目前是否怀孕？ 如是，怀孕_____周，是否定期产前检查？结果是否正常？ B. 曾否有乳腺增生、乳房肿块或其他乳房异常情况，接受隆胸等乳房整形手术？曾否接受过任何乳房检查，其检查结果异常？ C. 曾否有子宫肌瘤、卵巢囊肿、子宫内膜异位症、盆腔炎、异常阴道出血（月经异常）、宫颈糜烂或其他生殖器官疾病？曾否接受宫颈涂片检查、TCT 检查，其检查结果异常？ D. 曾否有妊娠期异常或生产过程异常（如妊娠高血压综合症、葡萄胎、前置胎盘等）？ E. 是否曾接受药物诱发排卵、疏通输卵管、人工受精、试管婴儿等生育治疗，是否曾有生育先天性疾病患儿史？	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是									
14. 8 岁以下儿童专项（8 周岁以下填写）： 是否为早产儿或出生时体重低于 2.5 公斤？是否有新生儿窒息、颅内出血及其他新生儿疾病？是否有身体或智力发育异常情况？	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是									
详述栏：										
声明与授权										
1.本人确认上述所有问题的答案及与之有关的资料均由本人亲自提供。 2.上述各项答案及与之有关的资料均为完整、确实及无误，本人对上述问题所涉及的现在及过去的健康状况、生活方式和习惯均无隐瞒或遗漏。 3.本人明白上述各项答案及与之有关的资料是中意人寿保险有限公司（以下简称“贵公司”）的评估风险及签发保险合同所不可缺少的依据。 4.本人授权任何医师、医疗机构、保险公司等组织机构，均可以将涉及本人保险的相关信息交给贵公司。 5.本人同意贵公司将有有关本人的资料用于保险、再保险、保险监管机构、保险行业协会的数据处理及统计事宜。										
投保人/被保险人/第二被保险人签名：	见证人签名：									
温馨提示：以上签名样式请与投保单签名样式保持一致										
签署日期： 年 月 日										