

健康与告知声明书

编号: U&I/T0045

保险合同编号		被保险人姓名	投保人姓名
申请变更事项 <input type="checkbox"/> 复效 <input type="checkbox"/> 新增附加险 <input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 补充告知 <input type="checkbox"/> 变更投保人 (新投保人需填写新投保人基本信息栏; 若投保产品为新型产品, 则还需填写第三部分内容)			

第一部分 客户资料 (根据申请变更的事项填写相关客户资料)

新投保人基本信息 (仅供变更投保人填写, 并在单证下方“投保人”栏处签名)					
姓名	性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期 年 月 日	年龄 周岁	婚姻状况 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 丧偶 <input type="checkbox"/> 离异	
居民类型 <input type="checkbox"/> 城镇 <input type="checkbox"/> 农村		单位类型 <input type="checkbox"/> 国家机关 <input type="checkbox"/> 事业单位 <input type="checkbox"/> 国有出资企业 <input type="checkbox"/> 上市公司 <input type="checkbox"/> 其他 _____			
目前固定的年收入(包括基本工资、奖金、分红和红利) 人民币()万元					
通讯地址 <input type="checkbox"/> 同常住地址		您是否是美国护照持有人、美国绿卡持有人、美国居民或每年于美国居住达 183 日以上? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (若是, 则请另行填写相关表格)			

第二部分

投、被保险人健康与告知事项 (投保人应就被保险人栏如实填写, 如保险计划中包含投保人豁免保险费权益, 投保人栏也必须填写)	被 保 险 人 是 否	投 保 人 是 否
1. 您是否有其他公司已生效或尚在申请中的人身保险合同? 若“是”, 请在附注栏详述 投保险种、保险金额、承保公司和日期 。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 您是否曾被任何保险公司解除合同或投保、复效时被拒保、延期、加费或附加条件承保? 是否曾向任何保险公司提出索赔申请?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 您是否曾参加或正打算参加危险性的体育爱好或运动(如赛车、赛马、潜水、划水、跳伞、滑翔、攀岩、摔跤、武术比赛、特技表演、私人飞行等)? (若“是”, 请填写相关问卷。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 您是否曾违章驾车并发生交通事故? 若“是”, 请详细告知次数、时间、违章类型及交通事故详情。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 您是否每年累计 3 个月以上居住境外或正在计划前往境外? 若“是”, 请告知前往的国家: _____ 目的: _____ 居住时间: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 您是否吸烟? 若“是”, 已吸烟 _____ 年, 每日平均 _____ 支; 如已戒烟, 戒烟的原因及时间: _____ 您是否经常饮酒? 若“是”, 已饮酒 _____ 年, 每日饮酒量 _____, _____ 酒(种类); 如已戒酒, 戒酒的原因及时间: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 您是否曾或正在接受或准备接受任何医疗咨询、诊断性检查、药物或其他方式的治疗、诊疗、手术、门诊随诊或住院治疗?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 您在过去五年是否曾做过 X 光、B 超、彩超、CT、核磁共振、内窥镜、造影检查、病理活检、眼底检查、血液检查、宫颈涂片检查并且被建议专科检查、治疗或随诊?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 您是否曾经患有或被告知患有下列疾病和症状, 或因此接受治疗: a. 呼吸系统疾病: 支气管炎、肺炎、哮喘、支气管扩张、肺结核、肺气肿、胸膜炎、胸腔积液、尘肺、间质性肺病、肺纤维化、慢性阻塞性肺病、终末期肺病、呼吸功能衰竭或其他呼吸系统疾病? b. 循环系统疾病: 高血压、冠心病、心肌梗塞、心脏杂音、心脏扩大、心力衰竭、心律失常、川崎病、肺心病、心肌病、心肌炎、心内膜炎、心包炎、先天性心脏病、风湿性心脏病、心脏瓣膜病、室壁瘤、动脉瘤、主动脉疾病、脉管炎或其他循环系统疾病? c. 消化系统疾病: 肝肿大、肝功能异常、脂肪肝、肝炎、乙肝或丙肝病毒携带、食道静脉曲张、肝硬化、多囊肝、消化道溃疡、胃炎、胆结石或炎症、胆道感染、结肠炎、克隆病、肠梗阻、胰腺炎、痔疮、肛瘘、肛裂、疝或其他消化系统疾病? d. 泌尿系统疾病: 血尿、蛋白尿、尿糖、肾功能不全、尿毒症、肾炎、肾病综合症、肾积水、肾移植、尿路结石或畸形、反复尿路感染、肾囊肿、多囊肾、膀胱疾病、前列腺疾病、外生殖器溃疡或其他泌尿生殖系统疾病? e. 神经系统及精神疾病: 癫痫、帕金森综合症、阿尔茨海默病、瘫痪、脑缺血、脑中风、脑出血、脑炎、脑膜炎、脑积水、脑血管瘤、脑部手术史、运动神经元病、脊髓灰质炎、重症肌无力、多发性硬化、痴呆、智力低下、抑郁、焦虑、精神分裂症或其他神经系统及精神疾病? f. 内分泌及免疫系统疾病: 糖尿病、血糖升高、高脂血症、甲状腺疾病、甲状旁腺疾病、痛风、高尿酸血症、肾上腺疾病、垂体疾病或其他内分泌及免疫系统疾病? g. 血液系统疾病: 贫血、再生障碍性贫血、骨髓增生性疾病、血友病、白血病、淋巴瘤或其他血液系统疾病、或被建议不宜献血? h. 骨骼、肌肉及结缔组织疾病: 椎间盘突出症、关节疼痛或变形、脊椎疾病、关节红肿、关节炎、股骨头坏死、骨髓炎、肌营养不良症、风湿病、强直性脊柱炎、脊髓灰质炎、类风湿性关节炎、白塞氏病、系统性红斑狼疮、干燥综合征、反复骨折或其他骨骼、肌肉及结缔组织疾病? i. 五官科疾病: 高度近视 800 度以上、视网膜剥离或出血、视神经病变、白内障、青光眼、失明、眼底疾病、中耳炎、声音嘶哑或其他五官科疾病? j. 异常症状: 反复头痛或眩晕、晕厥、抽搐、震颤、不自主运动、胸闷、胸痛、心悸、紫绀、持续咳嗽、咯血、呼吸困难、呕血、黄疸、肝区不适、便血、黑便、慢性腹泻、听力下降、耳鸣、复视、原因不明皮肤或粘膜或齿龈出血、鼻衄、紫癜、脾肿大、原因不明的持续发热、体重下降(3 个月内超过 5 公斤)、原因不明的肌肉萎缩、原因不明的包块或肿物(不包括意外撞击产生)? k. 癌症、良性或恶性肿瘤、癌前病变、原位癌、息肉、囊肿、赘生物、结节、黑痣增大、淋巴结肿大? l. 残疾、言语、咀嚼、视力、听力等机能障碍, 认知或智力障碍, 头颅、五官、四肢、胸廓、脊柱、手指或足趾畸形或缺损? m. 性传播疾病、艾滋病、酒精或药物滥用成瘾、毒品或违禁药物接触史、先天性疾病、遗传性疾病?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. a. 您的家族成员(父母、子女、兄弟姐妹)是否曾患有高血压、心脏病、中风、多囊肾、多囊肝、糖尿病、肠息肉或其他遗传性疾病? 如是, 请说明: _____ b. 您的家族成员(父母、子女、兄弟姐妹)中是否有 2 个及以上在 60 岁前罹患恶性肿瘤的? 若“是”, 请在附注中说明 与被保人的关系、确诊时的年龄、肿瘤部位 。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. 被保险人为 2 周岁及以下儿童适用： a. 出生时身高：_____厘米；体重：_____公斤； b. 是否有早产、难产、产伤、窒息、低出生体重、脑瘫、痉挛、抽搐、先天性畸形、先天性疾病、发育迟缓、唐氏综合症或其他遗传性疾病？	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	---
12. 被保险人为 18 周岁及以上女性适用： a. 是否怀孕？若“是”，怀孕_____周？ b. 怀孕或分娩期间是否发现糖尿病、高血压、蛋白尿、子痫、葡萄胎、畸胎瘤、宫外孕等异常情况？ c. 是否患有或被告知患有乳房肿块、乳腺增生、乳腺肿瘤、乳腺炎、溢乳或其它乳房异常情况？ d. 是否患有子宫或子宫颈疾病、子宫内膜异位症、子宫肌瘤、阴道异常出血、盆腔炎、卵巢囊肿及其他生殖系统疾病？ e. 是否曾有宫颈涂片异常、曾被医生建议或正准备接受子宫颈圆锥切除活检、重复宫颈涂片检查、乳腺检查、乳腺 X 光或活体检查？ f. 家族成员（外祖母、母亲、姐妹、姨妈）中是否有人患过乳腺癌？如是，请详述患病家族成员人数、关系及其被诊断的年龄。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
上述问题 1-12 中如有任何答案为“是”者，请注明题号并具体说明：对象、就诊日期、诊断结果、治疗方法、目前情况、医院名称等，并同时提供相关病历资料。		

第三部分：声明：

[若您投保的险种为新型产品（指投资连结保险、万能保险和分红保险），请您用正楷亲笔抄录以下声明并确认。]

本	人	已	阅	读	保	险	条	款	、	产	品	说	明	书	和	投	保	提	示	书	，	了	解	本	产	品	
的	特	点	和	保	单	利	益	的	不	确	定	性	。														

健康与告知声明书：

- 本人声明已阅读本健康与告知声明书，并同意此声明将作为申请本保险合同复效、加保等其他变更之根据。
- 本健康与告知声明书以及与合同内容变更或复效有关各份问卷及文件、对同方全球人寿保险有限公司（以下简称“贵公司”）体检医生的各项声明与陈述确实无误。若不属实，贵公司有权依法解除保险合同，并对保险合同解除前发生的保险事故不负任何责任。
- 本人已知晓本合同的复效、加保、增加附加合同等申请须经贵公司核准后方可生效，并自复效或增加保额获批准的当日零时起生效。
- 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。
- 如果您开始拥有美国的国籍、绿卡、永久居留权、居留权等使得您对美国有纳税义务，请于相关身份信息更改日起 30 天内通知我司。
- 本人/我们授权贵公司有权为履行保险合同，再保险、提供优质保险服务或向本人销售贵公司的保险产品而使用个人信息或资料，并有权按照境内外相关法律法规及监管部门不时直接或间接的根据要求作合理披露。

_____	_____	_____
被保险人	投保人	签署于 城市 年/月/日
_____		_____
见证人/寿险顾问		寿险顾问编号/营管处/组号