



合众人寿保险股份有限公司
个人告知声明书

告知对象：投保人 被保险人

注意事项：

- 请您用黑色钢笔或黑色签字笔在对应的□内打√，务必勾选变更对象，用正楷字体填写告知内容。
- 请您如实填写以下第01-17项告知事项，在回答02-11项时只需说明自原保险合同投保日起至本告知声明书填写之日止期间的告知内容。

A 健康告知

| 告知事项 | 是否 |
|--|---|
| 01. 原保险合同所涉及的告知内容是否有不属实？如“是”，请在说明栏内填写原保险合同对应的项目和具体内容。 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 02. a 您目前体重情况：身高_____厘米，体重_____公斤。 b 您过去一年内体重是否有增加或减少？若“是”，请说明体重增减额度及原因。 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 03. a 您是否吸烟或曾经吸烟？若“是”，请告知：_____支/天，约_____年。 b 您是否现已停止吸烟或被医生建议戒烟，若“是”，请在说明栏中告知戒烟时间及戒烟原因。 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 04. a 您是否饮酒或曾饮酒？若“是”，请告知：_____毫升/周，约_____年，酒的种类：①啤酒②葡萄酒③黄酒④白酒或洋酒。 b 您是否现已停止饮酒或被医生建议戒酒，若“是”请说明停止饮酒原因及时间。 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 05. 您是否使用镇静安眠药、迷幻药、毒品、违禁药物、或有药物中毒、滥用药物、酗酒、酒精中毒、企图自杀情形？ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 06. 您是否有下列情况？ a 曾经接受过输血及血制品，或曾被拒绝献血？ b 曾经或正准备接受器官移植或为他人提供器官移植供体？ c 您及您的配偶曾经接受或试图接受或准备接受与艾滋病（HIV/AIDS）有关的医疗咨询、检验或治疗？ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 07. 女性适用：（16周岁及以上者必须回答） a 您目前是否怀孕或分娩后4周内？若“是”，怀孕_____周或分娩后_____周。 b 您怀孕或生产期间是否有合并症或异常情况？例如：蛋白尿、高血压、糖尿病、宫外孕等。 c 您是否曾有阴道异常流血、畸胎瘤、葡萄胎、盆腔炎或其它任何的乳房、子宫、卵巢的疾病？ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 08. 您的亲属（祖父母、父母、子女、兄弟姐妹）是否患有高血压、脑中风、冠心病、多囊肝肾、糖尿病、精神病、白血病、血友病、多发性硬化症、癌症、肠息肉、病毒性肝炎或肝炎病毒携带者、其他遗传性疾病？若是，请说明对象和血缘关系、患病名称、患病时年龄、身故时年龄。 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 09. 您接受一般检查、血液或尿液化验、心电图、妇科检查、眼底检查、听力检查、脑电图、肌电图、X光、CT、核磁共振、超声波、内窥镜、心血管造影、病理检查、肿瘤标志物检查、艾滋病（HIV/AIDS）检查、梅毒血清学检查或其它检查是否有异常情形？ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 10. 您是否接受医师的诊查、治疗、或用药、住院、手术建议？ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 11. 您是否有任何身体不适（如：反复头痛、头晕、晕厥、抽搐、反复咳嗽、咯血、胸闷、胸痛、心慌、气短、不能平卧、紫绀、反复腹痛、呕血、便血、黄疸、浮肿、听力下降、耳鸣、视力明显下降、复视、原因不明的发热、原因不明的包块或肿物、原因不明的皮肤、齿龈、鼻出血、关节红肿、疼痛、变形或肌肉萎缩、身体的其它不适或活动障碍）、智能障碍、身体残障或畸形、外伤、被告知患有疾病或因此接受治疗、手术？ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

B 财务及其它告知

| 12. 收入情况 | 主要收入来源包括：①工薪 ②个体 ③私营 ④房屋出租 ⑤证券投资 ⑥银行利息 ⑦农副业 ⑧其它_____ | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|-------------|---|----------|---------|--|--|--|--|--|--|--|
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>职务</th> <th>固定年收入(万元)</th> <th>收入来源</th> <th>有无借贷</th> <th>借贷金额(万元)</th> <th>月支出(千元)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> | 职务 | 固定年收入(万元) | 收入来源 | 有无借贷 | 借贷金额(万元) | 月支出(千元) | | | | | | | |
| 职务 | 固定年收入(万元) | 收入来源 | 有无借贷 | 借贷金额(万元) | 月支出(千元) | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 13. 您的职业是否涉及或接触任何危险物质（化学物质、爆炸物、有毒物质或其它危险物）室外作业或重体力劳动、高空作业、潜水或水下作业、隧道坑道或井下作业、军事活动及其它危险职业或工作？ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | |
| 14. 您是否在国外（包括港、澳、台地区）持续居住超过三个月或正准备出国？ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | |
| 15. 您是否正在或试图参加私人性质飞行、滑翔伞、赛车、赛马、蹦极、特技表演、潜水、登山、攀岩、滑雪、探险、搏击类运动或从事其它危险性运动？若“是”，请在说明栏告知参加的项目及每年大约参加的次数。 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | |
| 16. a 您是否以摩托车为工作所必须的工具或以骑乘摩托车为主要交通工具？ b 您是否持有下列机动车驾驶证？若“是”，请说明驾照类型和近一年内有无违反交通法： | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tbody> <tr> <td>驾照类型</td> <td><input type="checkbox"/>A1 <input type="checkbox"/>A2 <input type="checkbox"/>A3 <input type="checkbox"/>B1 <input type="checkbox"/>B2 <input type="checkbox"/>C1 <input type="checkbox"/>C2 <input type="checkbox"/>C3 <input type="checkbox"/>C4 <input type="checkbox"/>D <input type="checkbox"/>E <input type="checkbox"/>F</td> </tr> <tr> <td>近一年内有无违反交通法</td> <td><input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</td> </tr> </tbody> </table> | 驾照类型 | <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> A3 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 <input type="checkbox"/> C3 <input type="checkbox"/> C4 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F | 近一年内有无违反交通法 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | | | | | | | |
| 驾照类型 | <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> A3 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 <input type="checkbox"/> C3 <input type="checkbox"/> C4 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F | | | | | | | | | | | | |
| 近一年内有无违反交通法 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | | | | | | | | | | |
| 17. 您是否已购买、正在或准备购买除本单以外的人寿保险、人身意外险或健康保险？若为“否”，本栏目中a、b项可不填写；若“是”请在说明栏告知具体险种、保额和保险公司，并填写a、b项 a 您的人寿保险、人身意外或健康保险的投保申请是否曾未被接受、加费或作任何形式的修改、或其他原因致使未承保？ b 您是否曾经向任何保险公司提出索赔申请？如“是”，请说明索赔原因、索赔时间、索赔金额和领取保险金额。 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | |

告知说明栏

若上述健康、财务及其它告知事项为“是”，请注明序号在说明内容栏中按各项要求详细说明，阐述原因或疾病名称或症状或检查项目、发生时间、诊治医院、接受的检查和治疗情况、最近的一次检查或治疗时间、目前状况或结果。

| 告知事项序号 | 说明内容 |
|--------|------|
| | |
| | |
| | |

声明栏

本人对上述内容已认真阅读并理解，上述内容及相关文件均如实告知并经本人亲笔签章，同意作为原保险合同的一部分。如有不实告知，本合同无效，保险公司有权解除本保险合同，对于合同解除前发生的保险事故，保险公司不承担保险责任。

投保人签名：

年 月 日

被保险人/监护人签名：

年 月 日