

保单号：

投保人：

被保险人：

个人告知声明书

一、职业告知(如投保的险种条款涉及投保人豁免保险费, 请同时填写投保人职业告知。)

	工作单位	职业	职业代码
投保人			
被保险人			

二、健康告知(如投保的险种条款涉及投保人豁免保险费, 请同时填写投保人健康告知。)

投保人	被保险人	序号	询问事项
		1	身高: 投保人_____厘米, 被保险人_____厘米。
		2	体重: 投保人_____公斤, 被保险人_____公斤。
是□ 否□	是□ 否□	3A	最近六个月内您是否有以下身体不适症状或体征: 心悸、胸痛、咳嗽、咯血、腹痛、呕血、便血、浮肿、发热、紫斑、不明原因出血点、持续性头痛或眩晕、肌肉萎缩或无力、体重下降超过五公斤?
是□ 否□	是□ 否□	3B	过去五年内您是否因受伤或疾病接受门诊治疗或住院治疗?
是□ 否□	是□ 否□	3C	过去五年内您是否有结果异常的医学检查(包括健康体检)?
		4	您目前是否患有或曾经患过以下疾病?
是□ 否□	是□ 否□	4A	心血管疾病, 例如: 高血压、冠心病、心绞痛、心肌梗塞、心律失常、先天性心脏病、风湿性心脏病、心肌炎或心肌病、心内膜炎、心包炎、心脏瓣膜病、主动脉瘤、静脉曲张等。
是□ 否□	是□ 否□	4B	神经系统及精神方面疾病, 例如: 脑中风(脑出血、脑梗塞、短暂脑缺血发作)、脑瘤、脑血管瘤及畸形、脑囊肿、多发性硬化症、癫痫、重症肌无力、肌营养不良症、瘫痪或肢体运动异常、脑炎或脑膜炎、帕金森氏症、脊髓疾病、精神分裂症、抑郁症、神经官能症等。
是□ 否□	是□ 否□	4C	呼吸系统疾病, 例如: 慢性支气管炎、肺气肿、肺心病、支气管扩张、尘/矽肺、肺结核、哮喘、肺纤维化等。
是□ 否□	是□ 否□	4D	消化系统疾病, 例如: 肝炎、肝炎病毒携带者、肝功能异常、脂肪肝、肝血管瘤、肝硬化、肝脾肿大、食道静脉曲张、胆石症、胆囊息肉、消化道溃疡、慢性胃炎、溃疡性结肠炎、胰腺炎、克隆病、结肠息肉等。
是□ 否□	是□ 否□	4E	泌尿及生殖系统疾病, 例如: 蛋白尿、血尿、肾炎、肾病、肾功能异常、肾衰竭、肾囊肿、肾积水、泌尿系统结石、前列腺疾病等。
是□ 否□	是□ 否□	4F	血液系统疾病, 例如: 血友病、白血病、贫血、紫癜、淋巴结肿大、脾功能亢进等。
是□ 否□	是□ 否□	4G	内分泌疾病, 例如: 糖尿病、痛风、高脂血症、脑垂体疾病、肾上腺疾病、甲状腺或甲状旁腺疾病等。
是□ 否□	是□ 否□	4H	骨骼、皮肤和结缔组织疾病, 例如: 风湿病、类风湿病、关节炎、股骨头坏死、强直性脊柱炎、椎间盘脱出、椎管狭窄、皮炎、硬皮病、干燥综合症、红斑狼疮等。
是□ 否□	是□ 否□	4I	五官科疾病, 例如: 中耳炎、视网膜出血或剥离、视神经病变、青光眼、白内障、美尼尔病等。
是□ 否□	是□ 否□	4J	恶性肿瘤、癌症(包括原位癌)、其他肿瘤、肿块、结节、息肉、囊肿、赘生物。
是□ 否□	是□ 否□	4K	其它需要持续关注或治疗的疾病或持续存在的异常症状体征。
是□ 否□	是□ 否□	5	您是否有智能障碍、失明、聋哑、跛行、脊柱或胸廓畸形、四肢或身体其他器官的缺损或畸形、重听、视力障碍(近视 800 度以上)、外伤后遗症等身体残疾情况?
是□ 否□	是□ 否□	6	您或您的配偶是否曾接受艾滋病的有关检查和治疗? 如“是”, 请告知检查原因和检查结果。
是□ 否□	是□ 否□	7	您是否有吸烟习惯? 投保人: 约_____年, 每天_____支; 被保险人: 约_____年, 每天_____支。
是□ 否□	是□ 否□	8	您是否有饮酒习惯? 投保人: 饮酒_____年, _____(两/周), 种类_____。 被保险人: 饮酒_____年, _____(两/周), 种类_____。
是□ 否□	是□ 否□	9	您是否有使用违禁药物或成瘾性药物?
是□ 否□	是□ 否□	10	您的父母、子女、兄弟姐妹是否有心脏病、高血压、心脑血管疾病、糖尿病、肾病、精神病、肝炎(或是肝炎带菌者)、癌症、血友病、多囊肝、多囊肾、肠息肉或任何遗传性、传染性疾病?
		11	两周岁及以下儿童填写:
是□ 否□	是□ 否□	11A	是否为低体重儿(出生时体重为两公斤以下)或早产儿? 如“是”, 出生体重_____公斤, 怀孕_____周出生、住院_____天。
是□ 否□	是□ 否□	11B	是否有发育迟缓、缺氧缺血性脑病、脑瘫、脑积水、惊厥、抽搐、智能障碍、先天性和遗传性疾病?

		12	女性填写:
是□ 否□	是□ 否□	12A	您是否有乳房肿瘤、肿块或囊肿? 是否有不规则阴道出血、盆腔炎、子宫肌瘤、卵巢囊肿、子宫内膜异位症等女性生殖器官疾病? 是否有宫颈细胞检查异常?
是□ 否□	是□ 否□	12B	您目前是否怀孕? 如“是”, 怀孕_____周, 并在说明栏告知是否定期产前检查? 结果如何?

三、财务及其他告知(如投保的险种条款涉及投保人豁免保险费, 请同时填写投保人财务及其他告知。)

投保人	被保险人	序号	询问事项
		13	年固定收入: 投保人_____万元, 被保险人_____万元。
是□ 否□	是□ 否□	14	您是否有负债或购房、购车贷款以外的其他贷款(如有, 请在说明栏告知总金额及原因)?
是□ 否□	是□ 否□	15	您是否向本公司以外的其它保险公司购买过或正在申请人身保险合同? 若是, 请说明保险公司名称、险种名称、保险金额和生效/申请时间。若为未成年人, 请告知在其它保险公司购买的人身保险合同约定的身故保险金额总和_____万元。
是□ 否□	是□ 否□	16	您向其它保险公司投保时是否曾被拒保、延期、加费或要求附加其它条件?
是□ 否□	是□ 否□	17	您是否曾向或正准备向本公司或其它保险公司提出索赔申请? 请说明理赔原因。
是□ 否□	是□ 否□	18	您是否有参加飞行、跳伞、蹦极、潜水、攀岩、赛车、赛马、武术比赛、特技表演等高风险活动的爱好?
是□ 否□	是□ 否□	19	过去两年内您是否曾在中国境外居住超过三个月? 如是, 请告知国家_____, 原因_____。 您是否计划最近六个月内前往中国境外? 如是, 请告知国家_____, 原因_____, 停留时间_____。
		20	被保险人医疗费用的支付方式为:(若未勾选默认为第一项) <input type="checkbox"/> 自费 <input type="checkbox"/> 商业医疗保险 <input type="checkbox"/> 城镇职工基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 城乡居民基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 新型农村合作医疗 <input type="checkbox"/> 公费医疗 <input type="checkbox"/> 医疗救助
		21	缴纳的保险费来源于缴款人以下的合法收入:(可多选) <input type="checkbox"/> 工资收入 <input type="checkbox"/> 奖金或分红 <input type="checkbox"/> 投资收益 <input type="checkbox"/> 其它_____

四、说明栏(以上如答“是”, 请填写答“是”序号, 说明对象(被保险人、投保人)并在下栏详细告知, 如有诊治病历及相关检查报告, 请一并提交。)

序号	说明对象	告知内容
	<input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人	
	<input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人	

五、投保人、被保险人声明和授权

1. 本人(指投保人)已认真阅读由财信吉祥人寿保险股份有限公司(以下简称“贵公司”)提供的保险条款, 对所投保险种条款的各项内容尤其是对**保险合同犹豫期、退保、投保人权利义务、如实告知、保险责任、保险责任等待期、责任免除、除外责任、保险期间及续保、理赔程序和理赔文件要求**的相关内容均已清晰了解。

2. 本人(指投保人)知晓, 根据中国银保监会规定, 在被保险人成年之前, 各保险合同约定的被保险人身故给付的保险金额总和、被保险人身故时各保险公司实际给付的保险金总和按以下限额执行: 对于被保险人不满 10 周岁的, 不得超过人民币 20 万元; 对于被保险人已满 10 周岁但未满 18 周岁的, 不得超过人民币 50 万元。本次投保的最大身故保险金额=前述限额-其它人身保险合同约定的身故保险金额总和(含在贵公司及其它保险公司已经生效的及正在申请的保险合同)。

3. 本人(指投保人和被保险人)已充分了解贵公司职业分类表中关于本人职业类别划分的相关内容, 本次告知的工作单位及职业真实、选择的职业代码无误。

4. 本人(指投保人和被保险人)对以上告知事项的陈述确实无误。若不属实, 贵公司有权依法解除保险合同, 并对合同解除前发生的保险事故不承担保险责任。

5. 本人(指投保人和被保险人)同意贵公司查阅、复制本人之相关医疗记录、病历及各类检查资料, 授权本人就诊之医疗机构及保存有本人医疗证明的其它机构, 提供本人医疗相关记录予贵公司及相关再保险公司; 同意贵公司因业务需要对本人之个人资料有搜集、计算机处理、传递的权利。

投保人签名: _____ 被保险人/法定监护人签名: _____

签署日期: _____年____月____日 签署日期: _____年____月____日

(以上应由客户亲笔签名)