

保险合同号码：	投保人姓名：	申请日期： 年 月 日
---------	--------	--------------------------

告知事项：如保险条款中涉及对投保人承担保险责任事项，投保人栏必须填写

1. 被保险人：身高_____厘米，体重_____公斤； 投保人：身高_____厘米，体重_____公斤
2. 被保险人近三年的平均年收入为：_____万元，主要收入来源（请填写以下栏内代码）：_____
投保人近三年的平均年收入为：_____万元，主要收入来源（请填写以下栏内代码）：_____

(1) 工资 (2) 个体私营 (3) 房屋出租 (4) 证券投资 (5) 其他（请具体说明）

3. 若被保险人年龄未滿 18 周岁，请补充告知：除本合同外，被保险人已在其他保险公司拥有以死亡为给付保险金条件的人身保险合同的保险金额为_____元。（若无，请填写 0）
--

4. 您是否有下列告知中的情况？	被保险人	投保人
	□是 □否	□是 □否

- (1) 您的人身保险的投保或复效申请是否曾被拒保、延期、加费？是否因疾病原因申请过理赔？
- (2) 您是否当前从事以下职业？
 矿工、消防人员、海上救护及潜水人员、爆破工、采掘工、化工产品生产工人、火药爆竹制造及加工工人、高压电工程作业人员、高空作业人员、战地记者、特技演员、动物园驯兽师、高空杂技、飞车、飞人演员、武警、特种兵（伞兵、海军陆战队、化学兵、负有布雷爆破任务的工兵）、空中或海上作业人员、前线军人。
- (3) 您是否有五官、脊柱、胸廓、四肢的畸形、缺损或残疾？
- (4) 您是否爱好或计划参加任何高风险的运动或竞赛，例如赛车、潜水、攀岩、登山或参加私人飞行？

5. 您目前是否患有或过去曾经患过下列症候、疾病或手术史？若为“是”请注明为第__项，并在备注栏中注明情况。	被保险人	投保人
	□是 □否	□是 □否

- (1) 脑、神经系统及精神方面疾病，包括但不限于：反复头痛或眩晕、癫痫、脑血管畸形、脑血管意外（脑梗塞、脑出血）、帕金森氏综合症、脑部需要或已经手术治疗的疾病、脊髓疾病、神经官能症、抑郁症、神经衰弱、智力发育不全、痴呆、其他神经精神疾患。
- (2) 心血管的疾病，包括但不限于：心慌、胸痛、胸闷、原因不明的晕厥、冠心病、高血压、心脏杂音、心肌梗塞、心绞痛、心力衰竭、先天性心脏病、风湿性心脏病、心肌病、心律失常、甲亢性心脏病、室壁瘤、动脉瘤、心导管等心血管介入治疗、或其他心血管疾病等。
- (3) 呼吸系统疾病，包括但不限于：反复咳嗽咯痰、咯血、气喘、呼吸困难、慢性支气管炎、肺气肿、哮喘、支气管扩张、尘肺、间质性肺病、肺纤维化、胸腔积液、肺心病、呼吸衰竭、或其他呼吸系统疾病。
- (4) 消化系统疾病，包括但不限于：肝区疼痛、黄疸、便血、食道静脉曲张、胃和/或十二指肠溃疡、胰腺炎、胰腺假性囊肿、慢性肝炎、乙肝病毒携带、肝硬化、多囊肝、肝血管瘤、肝内胆管炎或其他肝脏疾病、胆囊息肉、脾肿大、慢性或溃疡性结肠炎、肠息肉、腹部外伤或手术史、或其他消化系统疾病。
- (5) 泌尿系统疾病，包括但不限于：尿糖阳性、血尿、蛋白尿、慢性肾炎、尿毒症、肾脏功能障碍或其他肾脏疾病、反复尿路感染、尿路畸形、肾移植、肾积水、肾囊肿、泌尿系统外伤或手术史、或其他泌尿系统疾病。
- (6) 骨骼、肌肉、结缔组织的疾病，包括但不限于：关节红肿或酸痛、类风湿关节炎、强直性脊柱炎、椎间盘增生或突出、股骨头坏死、骨关节炎、肌营养不良症、不明原因的肌肉萎缩、系统性红斑狼疮、干燥综合症、重症肌无力、多发性硬化、或其他骨骼肌肉结缔组织疾病。
- (7) 内分泌系统疾病，包括但不限于：糖尿病、痛风、高尿酸血症、甲状腺或甲状旁腺疾病、或其他内分泌系统疾病。
- (8) 血液系统疾病，包括但不限于：各类贫血、再生障碍性贫血、血友病、淋巴瘤、白血病、原因不明的发热、原因不明皮肤和粘膜及齿龈出血、脾功能亢进、脾脏疾病、或其他血液系统疾病。
- (9) 五官科疾病，包括但不限于：近期原因不明的声音嘶哑、听力下降、耳鸣、复视、视力明显下降（800 度近视以上）、美尼尔病、或其他五官疾病。
- (10) 原因不明的发热、消瘦（体重一年内下降超过 5 公斤）、肥胖等。
- (11) 有无职业病、慢性酒精中毒、其他物品中毒等。
- (12) 恶性肿瘤、未经证实为良性或恶性肿瘤、肿块、息肉、囊肿、赘生物、结节（包括但不限于甲状腺结节、乳腺结节、肺结节）等。
- (13) 您在过去 5 年内是否接受任何与艾滋病有关的检验或治疗（除常规体检外）？您过去 6 个月内是否曾持续两周以上出现体重下降、食欲不振、盗汗、腹泻、淋巴结肿大或皮肤溃疡？
- (14) 您在过去 5 年内是否曾接受任何检查且检查结果为异常？是否被建议进行进一步检查、诊治、药物治疗、手术或住院治疗？
- (15) 女性告知，是否已怀孕超过 28 周？您怀孕及生产期间是否有蛋白尿、血尿、糖尿、血糖偏高、血压异常、高血压、糖尿病或其他并发症？

6. 您是否有以上未述及的疾病与症状？若为“是”，并在备注栏中注明情况。	被保险人	投保人
	□是 □否	□是 □否

7. 被保险人投保年龄未滿 3 周岁时，请补充告知：	被保险人
是否早产？出生体重是否低于 2 公斤？出生时是否曾有窒息史、抢救史或置于保温箱史？是否有先天的损伤？是否曾因治疗或被告知患有先天性疾病、遗传性疾病、先天性畸形或缺陷？	□是 □否

备注栏：若投保人、被保险人有任何未尽的事宜，请在本栏说明

请仔细阅读背面投保人及被保险人声明与授权：

投保人签名：_____	被保险人签名：_____	申请日期： 年 月 日
-------------	--------------	--------------------------

投保人及被保险人声明与授权:

1. 本人确认已经理解条款所列各项内容，特别是对保险条款中保险期间、保险责任、免除或减轻保险人责任条款、等待期、退保约定等关键信息已经明了，并同意遵守条款的各项约定。
2. 投保人和被保险人承诺如实告知贵公司提出的所有询问，并确保以上填写的内容均真实、准确、全面。如果投保人或被保险人故意或因重大过失未履行如实告知义务，足以影响贵公司决定是否同意承保或者提高保险费率的，贵公司有权解除本保险合同。如果投保人或被保险人故意不履行如实告知义务，对于解除本保险合同前发生的保险事故，贵公司不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。如果投保人或被保险人因重大过失未履行如实告知义务，对保险事故的发生有严重影响的，对于解除本保险合同前发生的保险事故，贵公司不承担给付保险金的责任，但应当退还保险费。所有告知事项以书面告知为准，口头告知无效。
3. 本人授权贵公司在审核本人申请时根据需要可向任何医生、医院、诊所、保险公司或任何组织查阅有关投保人及被保险人的资料或索取其他有关证明文件。
4. 本人理解一切与投保单和保险合同条款相违背的说明和解释均属无效。除由贵公司经正式程序修改或批注并加盖保险合同专用章外，其他任何人员的口头及书面陈述、报告或合约均与贵公司无关。
5. 为获得保险和健康管理服务的需要，投保人及被保险人授权贵公司及与之具有必要合作关系的机构可通过知悉本人信息的机构查询与本人有关的信息（包括投保、承保、理赔、医疗信息等相关信息），并可对上述信息进行合理的使用。为确保信息安全，贵公司及合作机构应采取有效措施并承担保密义务。
6. 投保人及被保险人同意贵公司在如下情形可以使用有关投保人及被保险人的信息和资料：为完成投保人及被保险人所申请业务或与该业务有关服务；为向投保人及被保险人提供新产品或服务；为更好地维护、管理和提升客户关系；法律法规规定的其他情形。投保人及被保险人同意贵公司可以通过预留的联系方式向客户宣传金融知识、推荐产品或服务。交银人寿保险有限公司承诺未经客户同意，不会将客户信息用于第三方机构的销售活动。