



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

[illegible]

(2) 过去 5 年内是否曾患有乳房、卵巢、子宫、子宫颈、月经疾病、生育或怀孕之并发症（如宫外孕、流产或弥漫型血管内凝血）、盆腔炎症或任何生殖系统疾病？	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
(3) 是否正怀孕？若“是”，请注明：孕周_____，产前检查结果_____	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
14. 被保险人投保年龄未满 2 周岁时，请补充告知： (1) 为孕_____周出生的儿童，出生时体重为_____克；出生时是否曾有窒息史、抢救史或置于保温箱史，是否为早产儿或过期儿？ (2) 从出生至今是否曾患有肺炎、支气管炎、肠套叠、抽搐、睾丸未下降等疾病？ (3) 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？ (4) 母亲产前检查中是否曾有异常结果？如有请详述：_____	☐ 是 ☐ 否 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 是 ☐ 否	
详述栏： 被保险人、投保人一般告知事项或/和健康告知项目中，若有回答为“是”者，请注明第_____项，并注明具体情况。若为健康告知事项，请说明就诊日期、疾病名称、就诊医院名称、病历号码、治疗情况及目前情况。		
投保人/被保险人备注栏： 若投保人、被保险人有任何其他未尽的事宜，请在本栏说明：		

一般告知事项（以下问题如回答为“是”，请在详述栏内详细说明）	被保险人	投保人
1. 除本合同外，您是否已购买或正在申请其他保险公司的人身保险？若是，请详细说明 被保险人：公司名称_____保险产品种类_____保险金额_____日期_____ 投保人： 公司名称_____保险产品种类_____保险金额_____日期_____	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
2. 您在过去投保人身保险时，或在申请保全复效时，是否曾被拒保、延期、加费、除外责任或限额承保？	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
3. 您是否曾向任何保险公司提出索赔申请？	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
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？	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
5. 您是否计划申请到外国工作或居住？若“是”，请详述目的、出发日期、具体前往的地区、国家及逗留时间：_____	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
6. 您是否在工作时间内以摩托车为工作所必须的交通工具（上下班除外）？	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
7. 您是否已参加当地城镇职工医疗保险、城镇居民医疗保险、新型农村合作医疗保险？	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
8. 投保人近三年的年均收入约为：_____万元，主要收入来源： ☐ 工资 ☐ 其他_____ 被保险人近三年的年均收入约为：_____万元，主要收入来源： ☐ 工资 ☐ 其他_____		
9. 投保人是否有负债？ ☐ 否 ☐ 是 若“是”，负债金额_____万元，负债原因_____ 被保险人是否有负债？ ☐ 否 ☐ 是 若“是”，负债金额_____万元，负债原因_____		
10. 若被保险人年龄未满 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）		

投保人及被保险人声明与授权：

1. 交银人寿保险有限公司（简称“交银人寿”、“本公司”）已对保险条款内容，特别是免除或减轻保险人责任的条款履行了提示及明确说明义务。本人已经仔细阅读并完全理解所投保保险产品的条款，尤其是对保险条款中加粗字体标识的内容含义（包括但不限于免除或减轻保险人责任的条款）以及法律后果已全部知晓。所提供的告知事项均属事实。
上述及本声明将成为交银人寿办理有关业务的依据，并作为保险合同的一部分。

2. 投保人和被保险人均承诺已如实告知了交银人寿投保人、被保险人及受益人的客户信息和就有关情况提出的询问。理解交银人寿采集客户信息的用途，包括但不限于计算保费、核保等。投保人在本次告知时已经就本告知书中上述告知事项仔细询问了被保险人，并进行了核实，因此特向交银人寿确认被保险人告知的事项均真实、准确、无遗漏，并认可其作为投保人应告知的事项。本次告知签字人故意或者因重大过失未如实告知的，交银人寿有权依据保险法规定解除合同，并对保险合同解除前发生的保险事故不承担赔偿或者给付保险金的责任。

3. 投保人如购买分红型、万能型、投资连结型、变额型等保险产品时，可能存在以下情况，投保人确认了解所购买的保险产品情况，自愿承担保单利益不确定的风险：（1）趸交保费超过投保人家庭年收入的 4 倍；（2）年期交保费超过投保人家庭年收入的 20%，或月期交保费超过投保人家庭月收入的 20%；（3）保费交费年限与投保人年龄数字之和达到或超过 60；（4）保费额度大于或等于投保人预算的 150%。

4. 申请人理解本告知书以及其他本次告知填写的一切资料、以及对交银人寿指定体检医生的各项声明与陈述，均将成为办理后续业务的依据，并成为保险合同的一部分。并且理解一切与本告知书和保险合同条款相违背的说明和解释均属无效。除由交银人寿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、报告或合约与交银人寿无关。

5. 投保人及被保险人授权交银人寿就保险的相关事宜，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。

投保人签名：_____

被保险人签名：_____

申请日期：_____年_____月_____日