(9) 各类精神疾病、抑郁症、焦虑或神经过敏？	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
(10) 红斑狼疮、面部皮疹、风湿性疾病、关节炎、硬皮病、或其他结缔组织系统疾病、或任何其他皮肤病、或任何脊柱、颈部、关节或四肢任何部分疾病或损伤？	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
(11) 糖尿病、痛风、高脂血症、甲状腺或甲状旁腺疾病、垂体机能亢进或减退、肾上腺机能亢进或减退及其他内分泌系统疾病？	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
(12) 白内障、青光眼、视网膜病变、视神经病变、复视、斜视、角膜疾病、中耳炎、神经性耳聋、鼻窦炎、鼻息肉、鼻中隔弯曲、声带息肉、声带结节或任何其他眼、耳、鼻、喉之疾病？	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
(13) 癫痫、重症肌无力、多发性硬化症、震颤麻痹（帕金森氏）综合征、脊髓灰质炎、运动神经元疾病或其他神经系统疾病？	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
(14) 骨折、关节病变、骨质增生、退行性变、坐骨神经痛、椎间盘突出或任何骨骼系统疾病？	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
11. (1) 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？	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
(2) 您或您的配偶过去 6 个月内是否曾持续一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？	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
12. 您的父母、兄弟姐妹中是否曾有人患心脏病、癌症、肾脏病、糖尿病、高血压、中风？	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
13. 若为女性时，请补充告知，在过去 5 年内：		
(1) 是否曾接受、或被建议接受乳房 X 光或超声波检查、子宫颈细胞切片或涂片检查、锥形细胞切片检查或阴道镜检查？	☐ 是 ☐ 否 ☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否 ☐ 是 ☐ 否
(2) 是否曾患有乳房、卵巢、子宫、子宫颈、月经疾病、生产或怀孕之并发症（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) 是否正怀有身孕？若“是”，请注明：预产期_____，产前检查结果（可附页）_____		
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	/
(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？	☐ 是 ☐ 否	
(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？	☐ 是 ☐ 否	
(4) 母亲产前检查中是否曾有异常结果？如有请详述：（可附页）_____	☐ 是 ☐ 否	
被保险人/投保人健康告知项目中，若有回答为“是”者，请在下栏注明：（可附页）		
就诊日期：_____	疾病名称：_____	就诊医院名称：_____ 病历号码：_____
治疗情况：_____		
目前情况：_____		
若投保人、被保险人有任何未尽的事宜，请在本栏说明：		
<p>投保人及被保险人声明与授权：</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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%。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>		
<p>投保人签名： _____ 被保险人签名： _____ 申请日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日</p>		