

## **投保提示：**

为更好的保障您的各项权益，请您务必在投保页面输入真实的联系方式和地址，方便您享受我公司各项后续服务。若今后您的联系方式有所变更，请及时拨打我司服务热线95500，更新您的客户资料。

投保人于本合同成立后，可以书面形式要求解除本合同。投保人于签收保险单之日起15日内要去解除合同的，本公司在扣除10元的工本费后退还已收全部保险费。投保人于签收保单之日起15日后要求解除合同的，本公司给付保单现金价值。

退保可能产生一定损失，请谨慎决策。

本公司在约定情况下不承担保险责任，请关注保险条款中的责任免除部分。

## 告知事项投保附页

投保单号: \_\_\_\_\_

## 告知说明:

1、此次投保均以本附页告知为准, 请认真阅读并如实告知。

2、被保险人须对以下事项均作如实告知; 若保险条款中涉及投保人保费豁免事项, 投保人须同时对以下第一、二、三部分作如实告知。

<b>第一部分: 基本事项告知</b>
1、除本公司产品外, 是否已购买或正在申请其他保险公司的人身保险合同?
2、如被保险人为未成年人, 是否已参保本公司以死亡为给付保险金条件的人身保险合同?
3、是否曾被保险公司解除合同或申请人身保险被拒保、延期、加费或作任何形式的修改?
4、是否曾向任何保险公司提出过索赔申请?
5、是否正在或计划参加私人性质飞行、潜水、登山或其他任何危险性运动?
6、是否曾在境外居住超过三个月或正计划前往境外?
7、是否为职业司机?
<b>第二部分: 健康告知事项</b>
1、您的体重指数BMI (计算公示为: 体重/身高的平方 (kg/m <sup>2</sup> )) 是否大于28?
2、最近五年是否曾或正在接受X光、CT、MRI、心电图、活体检查、血液、超声波、内窥镜等检查, 且检查结果有异常; 是否曾或正在接受诊疗、手术、住院治疗?
3、您是否吸烟超过20支/天, 且每周不低于5天; 饮酒是否超过以下数量: 白酒4两/天、或洋酒4两/天、或葡萄酒750ml/天、或啤酒1500ml/天, 且每周不低于5天?
4、身体残障情况: 是否有行动或智能障碍、视力、听力或中枢神经系统障碍、肢体畸形或缺损、跛行或其他缺陷?
5、是否曾有下列症状、曾被告知患有列疾病或因下列症状或疾病接受治疗: A、反复头痛或眩晕、晕厥、胸闷、胸痛、呼吸困难、肢体麻木、紫绀、咳血、呕血、浮肿、肝区疼痛、便血、黑便、血尿、蛋白尿、肿块、视力或听力下降、不明原因的声嘶、关节 红肿或酸痛、不明原因皮下出血点、鼻出血、反复齿龈出血、长期低热、过去一年体重增减超过5公斤; B、高血压(收缩压140mmHg以上或舒张压90mmHg以上)、冠心病、心肌梗塞、先天性心脏病、风湿性心脏病、肺源性心脏病、缩窄性心包炎、心内膜炎、病毒性心肌炎、心脏瓣膜疾病(狭窄、关闭不全、畸形)、主动脉血管瘤、心律失常、心肌病变、下肢静脉曲张等心血管系统疾病; C、慢性支气管炎、哮喘、肺脓肿、胸膜炎、肺气肿、肺大泡、支气管扩张、肺结核、尘肺、矽肺等 呼吸系统疾病; D、肝炎、肝炎病毒携带者、肝硬化、肝脓肿、肝内结石、肝脾肿大、胆囊炎、胆结石、胆管炎、消化道溃疡、出血及穿孔、胃炎、胰腺炎、溃疡性结肠炎、肛管疾病等消化系统疾病; E、肾炎、肾病综合症、肾功能异常、尿毒症、肾盂积水、肾囊肿、泌尿系结石、尿路畸形、前列腺等泌尿系统疾病; F、糖尿病、痛风、甲状腺疾病、甲状旁腺疾病、肢端肥大症、垂体机能亢进或减退、肾上腺机能亢进或减退、高脂血症等内分泌系统疾病; G、精神疾病、抑郁症、神经官能性疾病、脑膜炎、脑炎、脑中风、短暂性脑缺血、脑动脉畸形、癫痫、重症肌无力、多发性硬化症、帕金森氏综合症、肌肉萎缩、脊髓灰质炎、运动神经元疾病等精神、神经系统疾病; H、视网膜出血或剥离、视神经病变、青光眼、白内障、高度近视800度以上、中耳炎、神经性耳聋等五官疾病; I、血友病、白血病、各类贫血、紫癜、及其他各种类型的血液系统疾病、被建议不宜献血; J、风湿性关节炎、类风湿性关节炎、强直性脊柱炎、系统性红斑狼疮、硬皮病等结缔组织疾病; K、骨关节畸形、人工装置物、脊柱脊椎疾病等运动系统疾病; L、恶性肿瘤、或尚未证实为良性或恶性的肿瘤、息肉、结节、囊肿、赘生物; M、性病、结核病、酒精成瘾; N、是否曾吸食、注射毒品或未遵医嘱使用管制性成瘾类药物;
6、您或您的配偶是否曾接受或试图接受与艾滋病(AIDS)有关的医疗咨询、检验或治疗; 是否曾在过去6个月内持续一周以上有下列症状: 体重下降、食欲不振、盗汗、腹泻、淋巴结肿大或皮肤溃疡?
7、您的家属(父母、配偶、子女、兄弟姐妹)是否曾患有或正患有高血压、肾病、心脏病、肝肾囊肿、肝硬化、糖尿病、精神病、白血病、结核病、多发性硬化症、癌症, 或曾被发现为乙型肝炎及病毒携带者、其他肝炎及病毒携带者?
<b>第三部分 女性补充告知</b>
1、您目前是否怀孕?
2、是否患有乳腺纤维囊性病变、子宫内膜异位、血性溢乳、阴道异常出血、性传播疾病等其他乳房或生殖系统疾病?
<b>第四部分 4岁以下(含4岁)被保险人补充告知</b>
1、出生时体重是否低于2.5公斤, 孕周是否少于37周, 是否有早产/难产/过期产; 是否有产伤、窒息史、抢救史或被置于保温箱史; 是否有畸形、发育迟缓、惊厥、抽搐、脑瘫、先天性疾病或遗传性疾病?

## 声明:

本人此次投保均以本附页告知为准。本人对本投保附页告知事项栏内作的任何一个回答均为“否”。如其中任一项为“是”, 你公司不接受投保。如有隐瞒或日后发现与事实不符, 即使保险单已签发, 你公司可依法解除本保险合同、对于合同解除前发生的任何保险事故你公司不负保险金给付责任。

投保人(签名):  
签署日期:        年    月    日被保险人或其法定监护人(签名):  
签署日期:        年    月    日