



PS018

瑞泰人寿保险有限公司

投保人/被保险人健康及生活习惯告知书

保险单号: _____ 投保人姓名: _____

申请事项: 复效 其它 _____

投保人/被保险人健康及生活习惯告知 (对本告知内容, 本公司承担保密义务)

告知人姓名: _____ 男性 女性 证件号码: _____

1、身高: _____ 厘米, 体重: _____ 公斤	是	否
2、 近期诊治: 在过去六个月内是否做过诊断性检查如X光、超声波、CT、心电图、活体检查、验血、验尿以及是否接受过医生的诊察、治疗、用药、手术? (如有, 请提供检查报告和病历)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3、 是否曾患有或正在患有或被告知患有下列症状、疾病或因此而接受治疗?		
A. 反复头晕、反复头痛、晕厥、胸闷、心慌、气急、不能平卧、口唇发紫、淤血、鼻出血、反复牙龈出血、呕血、咳血、浮肿、腹痛、便血、血尿、尿蛋白、肿块、黄疸、声嘶、关节红肿或酸痛; 或曾在过去六个月内持续一周以上出现下列症状: 体重下降、食欲不振、盗汗、腹泻、淋巴肿大或皮肤溃烂;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. 高血压、风湿性心脏病、冠心病、心绞痛、心肌梗塞、肺心病、心肌炎、先天性心脏病、心瓣膜疾病、传导阻滞、心律失常、动脉瘤、下肢静脉曲张及其他心脏或血管疾病;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. 肺炎、支气管炎、肺气肿、哮喘、支气管扩张、肺结核、肺大泡、胸膜炎、气胸、尘肺或其他呼吸系统疾病;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. 消化性溃疡或出血、食道静脉曲张、脾大、肠梗阻、结肠炎、肝炎、肝炎病毒携带、肝硬化、脂肪肝、血吸虫肝病、胆石症、胰腺炎或其他消化系统疾病;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. 尿路结石或感染、肾病、肾衰竭、肾盂积水、多囊肾、急性肾炎或其他泌尿系统疾病;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. 癌症、肿瘤、肿物、囊肿、息肉等;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. 何杰金氏病、再生障碍性贫血、白血病、血友病、紫癜、脾脏疾病或其他血液系统疾病, 或被建议不宜献血;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. 甲状腺疾病、糖尿病、甲状旁腺疾病、高脂血症、痛风或其他内分泌系统或代谢性疾病;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. 精神分裂症、抑郁症、神经官能性疾病、脑膜炎、脑炎、神经麻痹、瘫痪、中风、帕金森氏病、多发性硬化脑外伤后综合症、癫痫或其他神经系统疾病或精神疾病;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. 红斑狼疮、硬皮病、类风湿性关节炎、脊髓疾病、多发性硬化、重症肌无力、椎间盘突出、肌肉、骨骼、关节疾病或结缔组织疾病;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. 职业病、特殊物质过敏、中毒(铅、汞、农药、煤气等)后遗症;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. 眼、耳、鼻、咽、喉或口腔疾病;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. 梅毒、淋病、非淋菌性尿道炎等性传播疾病; 您及您的配偶是否曾接受艾滋病(HIV)的检验(如有请提供检查结果);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. 是否还有以上未提及的症状、疾病或接受治疗。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4、 是否存在智能障碍; 是否失明、聋哑、跛行、小儿麻痹后遗症; 是否存在五官、脊柱、胸廓、四肢、手指、足趾畸形或功能障碍; 是否存在言语、咀嚼、视力、听力、嗅觉、运动及中枢神经系统机能障碍?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5、 您的家属是否曾患有高血压、肾病、心脏病、肝肾囊肿、肝硬化、糖尿病、白血病、结核病、多发性硬化症、癌症或曾被发现为乙肝病毒携带者或其他肝炎及病毒携带者? 如是, 请详述: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6、 妇女适用		
A. 现在是否怀孕? 如是, 已怀孕 _____ 月。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. 是否曾有任何乳腺或妇科病症或分娩前后综合症?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. 是否曾被建议做重复的宫颈涂片、乳腺检查、乳腺X光检查或乳腺活体检查?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. 是否曾因月经不调而就诊?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. 是否曾因性传播疾病或其他女性生殖器官疾病而就诊?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. 本人或家庭成员中, 是否曾有人患过乳腺癌?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7、 生活习惯告知: 是否有危险嗜好或从事危险活动, 如赛车、赛马、滑雪、攀岩、蹦极、潜水、跳水、拳击、武术、摔跤、探险或特技活动以及其他高风险活动	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8、 财务及保险经历告知:		
A. 投保人是否在银行有贷款或向其他人有借贷? 如有, 请说明原因和金额: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. 被保险人目前是否有其它公司的人身保险或正在同时申请本保险以外的人身保险? 如有请详述: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. 被保险人是否曾被保险公司拒保、延期承保、附加条件承保、加费或解除过保险合同? 如有请详述: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. 被保险人是否有任何形式的人身保险合同索赔? 如有请详述: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

投保人签名 被保险人/法定监护人签名 日期 年 月 日

见证人/销售人员声明:

本人已核实客户(投保人/被保险人/保险金受益人)的有效身份证件或者其他身份证明文件, 确认客户的身份。

营销机构 见证人/销售人员签名 销售人员编号

