

健康状况补充告知书（保全专用）

保险单号：

被保险人姓名：_____ 投保人或第二被保险人姓名：_____

若第 6 至 32 项的回答为“是”，请在详述栏详细说明。	被保险人	投保人 或第二被保险人
1. 目前被保险人的身高和体重。目前投保人或第二被保险人的身高和体重。	身高：_____ 厘米 体重：_____ 公斤	身高：_____ 厘米 体重：_____ 公斤
2. 被保险人最近三年的平均收入是多少万元？投保人或第二被保险人最近三年的平均收入是多少万元？ 主要来源：①工薪 ②个人 ③私营 ④房屋出租 ⑤证券投资 ⑥银行利息 ⑦其他 _____	_____ 万元 序号：_____	_____ 万元 序号：_____
3. 被保险人是否有负债及负债原因？投保人或第二被保险人是否有负债及负债原因？	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 原因：_____	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 原因：_____
4. 您是否有吸烟习惯？	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 _____ 支 / 天 _____ 年	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 _____ 支 / 天 _____ 年
5. 您是否有饮酒习惯？	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 种类：_____ 毫升 / 天 _____ 年	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 种类：_____ 毫升 / 天 _____ 年
6. 除本单外，您是否已拥有或正在申请其他人身保险？若“是”，请告知公司名称、险种（寿险、意外险、住院补偿医疗、住院津贴）、保险金额	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
7. 目前您是否有公费医疗、社会医疗保险、农村合作医疗保险、商业医疗保险或其他医疗费用报销方式？	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
8. 所申请的人身保险是曾被保险公司拒保、延期或以附加条件承保？是否曾向保险公司提出索赔？	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
9. 您曾否有特殊嗜好？曾否有注射、服用、吸食、使用未经医师处方的国家管制性药物或海洛因、可卡因等毒品？	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
10. 您曾否或准备计划参加飞行、潜水、探险、赛车、举重、武术及其他竞技比赛等？	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
11. 您是否准备计划去或过去三年内曾经去境外旅行或工作？如是，去什么地区及多长时间？	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
12. 您曾否因身体健康原因而改变职业或工作？如是，请详述您过去的工作。	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
13. 最近一年是否有新发现的或已存在的任何身体不适症状或体征，如持续发热、不明原因感染、慢性咳嗽、皮肤溃疡、慢性腹泻、淋巴结肿大或明显消瘦（体重下降超过五公斤）？	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
14. 最近两年内曾否在进行身体检查时发现异常（包括但不限于 X 光、心电图、超声波、内窥镜、CT、核磁共振、血液、尿液、病理检查）？或接受诊断、住院治疗、手术、输血、整容或治疗？曾否有连续三周以上时间因受伤或疾病而不能工作或上学？	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
15. 您是否有或曾有心血管系统疾病，例如心脏病、高血压病（收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 或舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ ）、冠心病、心绞痛、心肌肥厚、心包炎、心肌炎、风湿性心脏病、先天性心脏病、心脏瓣膜病、心脏杂音、心律失常、昏晕、心悸、胸闷、胸痛、血管瘤、动脉硬化、血管畸形、脉管炎、静脉曲张、血栓形成或其他心血管系统疾病？	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
16. 您是否有或曾有神经和精神系统疾病，例如脑中风（脑出血、脑梗塞）、脑供血不足（短暂性脑缺血发作 TIA）、脑肿瘤、脑动脉血管瘤、脑动静脉血管畸形、帕金森病、眩晕、麻痹、癫痫、抽搐、瘫痪、多发性硬化、舞蹈症、抑郁症、精神分裂症、痴呆症、企图自杀或其他神经和精神系统疾病？	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
17. 您是否有或曾有呼吸系统疾病，例如支气管炎、哮喘、肺气肿、支气管扩张、肺结核、胸膜炎、持续咳嗽、咳血、痰中带血或其他呼吸系统疾病？	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
18. 您是否有或曾有消化系统疾病，例如肝炎、乙肝病毒携带、肝功能异常、肝硬化、重症肝炎、肝脾肿大、脂肪肝、胆囊疾病、肝内结石、黄疸、胆石病、胰腺疾病、食道疾病、消化道溃疡、消化道出血、疝气、胃炎、溃疡性结肠炎、结肠息肉、痔疮、便血或其他消化系统疾病？	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
19. 您是否有或曾有泌尿生殖系统疾病，例如肾炎、肾盂肾炎、肾病综合症、肾功能异常或肾衰竭、尿毒症、肾囊肿、尿路结石、浮肿、血尿、蛋白尿、排尿困难、排尿疼痛、膀胱或输尿管疾病、前列腺疾病或其他泌尿生殖系统疾病？	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
20. 您是否有或曾有血液疾病，例如鼻出血，胸骨痛，皮肤瘀斑或出血点，牙龈自发性出血，再生障碍性贫血，贫血、血友病、出血性疾病、骨髓疾病或其他血液疾病？	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
21. 您是否有或曾有内分泌及代谢疾病，例如糖尿病、高血脂、高尿酸血症或痛风、甲状腺疾病、甲状旁腺疾病或脑垂体功能异常、乳房异常泌乳或其他内分泌及代谢疾病？	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是



* 0 2 1 9 0 6 *

22. 您是否有或曾有免疫系统及结缔组织疾病，例如系统性红斑狼疮、风湿病、类风湿病、干燥综合征或其他免疫系统及结缔组织疾病？	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
23. 您是否有或曾有肌肉及骨骼系统疾病，例如腰背痛、颈痛、颈椎病、腰椎骨质增生症、关节炎、关节病、椎间盘突出、强直性脊柱炎及脊柱疾病或其他肌肉及骨骼系统疾病？	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
24. 您是否有或曾有五官疾病，例如高度近视（大于800度）、失明、失聪、失语、视网膜病变、中耳炎、鼻息肉、鼻中隔偏移、青光眼、白内障、视障、声带结节或其他五官疾病？	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
25. 您是否有或曾有任何恶性肿瘤（包括但不限于癌症、白血病、淋巴瘤、肉瘤、胶质细胞瘤、骨髓瘤、何杰金氏病）、或未经证实之肿瘤或癌前病变、息肉、囊肿、结节、白斑？	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
26. 您是否有或曾有任何先天性疾病、遗传性疾病、传染性疾病、皮肤病或性病？	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
27. 您是否有或曾有任何以上未述及之受伤、异常症状、疾病、身体机能障碍或残缺、身体检查结果、诊断、输血或输血液制品。	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
28. 现在是否患有疾病或存在任何异常症状？有无智能障碍？有无任何身体的畸形、残缺或功能障碍？	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
29. 您或您的配偶或兄弟姐妹曾否患有艾滋病、艾滋病毒感染？	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
30. 您的直系亲属（父母或兄弟姐妹）中是否有人曾患有恶性肿瘤、高血压、心脏病、糖尿病、痛风、家族性结肠息肉、多囊肾、中风、癫痫、肝炎、肝炎病毒携带、嗜酒、企图自杀或其他精神、神经、遗传性疾病？如有，请详述：罹患疾病、患病人数、因该病在六十岁以前去世人数。	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
31. 妇女专项（14周岁及以上女性填写）： A. 目前是否怀孕？如是，怀孕_____周，是否定期产前检查？结果是否正常？ B. 曾否有乳腺增生、乳房肿块或其他乳房异常情况，接受隆胸等乳房整形手术？曾否接受过任何乳房检查，其检查结果异常？ C. 曾否有子宫肌瘤、卵巢囊肿、子宫内膜异位症、盆腔炎、异常阴道出血（月经异常）、宫颈糜烂或其他生殖器官疾病？曾否接受宫颈涂片检查、TCT检查，其检查结果异常？ D. 曾否有妊娠期异常或生产过程异常（如妊娠高血压综合症、葡萄胎、前置胎盘等）？ E. 是否曾接受药物诱发排卵、疏通输卵管、人工受精、试管婴儿等生育治疗，是否曾有生育先天性疾病患儿史？	A <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 B <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 C <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 D <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 E <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	A <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 B <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 C <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 D <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 E <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
32. 8岁以下儿童专项（8周岁及以下填写）： 是否为早产儿或出生时体重低于2.5公斤？是否有新生儿窒息、颅内出血及其他新生儿疾病？是否有身体或智力发育异常情况？	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	

详述栏（详述栏填写不下时，请另附纸张填写，并且需要投保人或被保险人/被保险人或法定监护人签字确认）：

声明与授权及签名栏

- 本人经过仔细审阅后确认上述所有问题的答案及与之有关的资料均由本人亲自提供。
- 上述各项答案及与之有关的资料均为完整、确实及无误，本人对上述问题所涉及的现在及过去的健康状况、生活方式和习惯均无隐瞒或遗漏。
- 本人明白上述各项答案及与之有关的资料是中意人寿保险有限公司（以下简称“贵公司”）的评估风险及签发保险合同所不可缺少的依据。
- 本人授权任何医师、医疗机构、保险公司等任何组织机构，在任何时候均可以将有关本人的资料或文件交给贵公司。
- 本人同意贵公司将有本人的资料用于保险、再保险、数据处理及统计事宜。

被保险人或法定监护人签名：

投保人或被保险人签名：

签署日期：

年 月 日

