中意人寿保险有限公司
GENERALI CHINA LIFE INSURANCE CO., LTD.

团体保险个人健康告知（2020 版）

投保人名称：　　投保单号码/保险单号码：

被保险人	姓名：_____　性别：_____　出生日期：____年____月____日　婚姻状况：_____ 证件类型：□身份证 □军人证 □护照 □其它　证件号码：□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ 职位：_____　加入团体时间：_____　职业：_____　工作内容：_____ 身高：_____厘米　体重：_____公斤　平时就诊医院：_____

下列项目旨在了解被保险人过去和现在的健康和医疗状况。请确保您已将任何已知或疑似的疾病和症状告知我们，无论是否已就该疾病和症状向专业人士寻求意见。请被保险人基于最大认知进行告知，若出现非恶意不如实告知的情况，保险人保留追溯核保的权利。

请注意，如实告知的疾病或症状并不默认被包含在保障范围内。 一般情况下，保单的条款和责任免除项目将仍适用于已如实告知的疾病或症状。故意或者因重大过失未履行前款规定的如实告知义务，足以影响我司决定是否同意承保或者提高保险费率的，我司有权参照保险法 16 条的相关规定解除合同，并做出相应的理赔结论。

下列项目如果“是”请在相应□中打“√”；如果“否”请在相应中□打“√”：

被保险人健康告知	
1. 是否曾在本公司或其它保险公司投保时被拒保、延期或附加条件承保？	□是 □否
2. 目前是否尚在住院或病假中？	□是 □否
3. 近 4 年内是否有因病连续住院 5 天及以上或病假累计 15 天及以上？	□是 □否
4. 现在或过去是否有患任何健康问题，包括但不限于：肿瘤（包括癌症、肉瘤、淋巴瘤、白血病、良性肿瘤和性质未定的肿瘤）、原位癌、癌前病变、息肉、囊肿、结节、肿物等；癫痫、神经失调、脑血管疾病等神经系统疾病；心脏病、高血压、冠心病、心力衰竭、心律失常等心血管系统疾病；哮喘、肺结核、慢性支气管炎等呼吸系统疾病；食管、胃、肝、胆、肠、胰腺等消化系统疾病包括但不限于消化性溃疡、乙肝、肝硬化、上消化道出血等；肾缺如、多囊肾、肾炎、肾病综合征、肾功能不全、肾功能衰竭、尿毒症等泌尿系统疾病；淋病、梅毒、艾滋病等性传播疾病；贫血、凝血功能障碍等血液及造血系统疾病；甲状腺疾病、糖尿病、高脂血症、痛风等内分泌系统及代谢疾病；风湿、类风湿、系统性红斑狼疮等免疫系统疾病；骨折、截肢、器官切除或移植、青光眼、白内障、听力减退、精神心理疾病等其他疾病？	□是 □否
5. 现在或过去是否有接受过体内植入性假体和医疗设备，包括但不限于分路、血管支架、起搏器、更换人工关节等？	□是 □否
6. 最近 2 年内是否有任何不适症状和体征？包括但不限于：持续发热、疼痛、眩晕、胸痛、咳嗽、咯血、腹痛、便血、紫斑、无明确原因的体重改变超过 5 公斤？	□是 □否
7. 近 2 年内是否在血液检查、影像学检查、病理检查及其他辅助检查时发现异常（包括但不仅限于静脉或动脉采血检查、心电图、脑电图、X-光、CT、核磁共振、正离子扫描（PET）、超声等各种医学检查）	□是 □否
8. 是否罹患慢性或长期病症或牙科疾病、或者存在其他残疾、畸形或周期性疾病或伤病；	□是 □否
9. 是否目前存在已知原因正在或将要向医生或其他健康专家进行咨询或诊治；	□是 □否
10. 是否目前正在接受慢性病药物治疗或长期服用（注射）药物进行治疗或填写本告知时正在服用（注射）药物进行治疗；	□是 □否
11. 妇女栏：**（被保险人为女性时，请说明）** ● 过去 5 年内是否曾患子宫、乳房、卵巢等生殖系统方面疾病？ ● 目前是否怀孕？如是请说明预产期。　预产期：_____	□是 □否
12. 少儿栏**(被保险人为 0-15 周岁的儿童时，请监护人说明)** ● 过去是否患过先天性、遗传性疾病或畸形？ ● 过去是否患过肺炎、抽搐、腹泻、小儿麻痹、儿童多动症、脊髓灰质炎、麻疹、流行性脑脊髓膜炎、流行性乙脑炎、白喉、破伤风、百日咳等疾病？	□是 □否

上述健康告知若回答“是”，请在“健康状况详述”栏详述，并提供相关病历资料。如果空间不够，请另附纸张说明.

健康状况详述	序号	患病起始时间	最近诊治时间	接受的检查和治疗	诊断结果	目前状况（痊愈、缓解等）

被保险人其他情况告知	1. 是否吸烟？如是请详述：吸烟____支/日，烟龄____年； 2. 是否在生活中有饮酒习惯？如是请详述：饮酒____毫升/周，酒龄____年，饮酒种类_____； （注：在生活中没有饮酒习惯，但偶尔在各类社交场合饮酒的请勾选否）	□是 □否 □是 □否
	3. 是否曾投保或现在申请任何人身保险？如是请详述险种及保额 _____； 4. 是否使用过或正在使用任何违禁药物或毒品？ 5. 是否从事危险运动或竞技的嗜好？ 6. 是否需要经常前往危险地区或国家？（如正在或经常发生自然灾害、病疫、战乱、种族冲突等） 7. 是否有驾车肇事记录？ 上述告知若回答“是”，请详述：_____	□是 □否

被保险人声明与授权

1. **本人经过仔细审阅后确认上述所有问题的答案及有关资料均由本人亲自提供；本人已经知晓告知均以书面形式为准且本健康告知书必须由本人亲笔签名确认后方能生效；**
2. **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；**
3. **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”）评估风险及签发保险合同所不可缺少的依据；**
4. **本人授权任何医生、医院、诊所、保险公司、公安机关、任何公立或私立的组织单位，在任何时候均可将有关本人的资料、报告或文件交给贵公司；**
5. **本人同意贵公司将有关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/监护人签名：_____（被保险人为未成年人时由监护人签名）　　签署地：_____

联系电话：_____　　签署时间：_____

以下为保险人填写

销售人员	初审	核保