

健康与财务告知声明书

保险单号码	BEJ001EL0123456				
投保人	王飞	被保险人	李明	投保人与被保险人的关系	母子
申请事项:	<input checked="" type="checkbox"/> 申请复效 <input type="checkbox"/> 增加保险金额 <input type="checkbox"/> 新增附约 <input type="checkbox"/> 补充告知 <input type="checkbox"/> 其他_____				
告知事项（请在“是或否”前的□内打“√”，以下各项告知如有任何答案为“是”，请用黑色钢笔或黑色签字笔在备注栏中详细说明且涂改无效；若保险条款中涉及投保人保费豁免事项，投保人栏必须填写；为了维护您的利益，请勿在空白声明书上签名，请慎重核对所填写的资料。）					
第一部分 基本告知事项				被保险人	投保人
1. 除公司产品外，是否已购买或正在申请任何其他公司的人身保险合同？ 若“是”请详述公司名称、险种、保险金额、申请或购买日期；				□是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	□是 <input type="checkbox"/> 否
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，若“是”请详述险种、保险金额；				□是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	□是 <input type="checkbox"/> 否
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？				□是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	□是 <input type="checkbox"/> 否
4. 是否曾向任何保险公司提出过索赔申请？若“是”请详述				□是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	□是 <input type="checkbox"/> 否
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？若“是”请详述				□是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	□是 <input type="checkbox"/> 否
6. 是否曾在境外居住超过三个月或正计划前往境外？若“是”请详述				□是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	□是 <input type="checkbox"/> 否
7. 被保险人是否从事以下职业？矿工、矿场采石人员；从事航运、渔船作业及水上救难的人员；从事潜水、爆破的人员；从事硫酸、盐酸、硝酸及炸药制造的人员；电力高压电工程设施人员；战地记者、特技演员、动物园驯兽师、民族体育活动人员、航空公司飞行训练学员；消防员、防爆警察、警务特勤人员、特种兵、后勤补给及通讯、地勤人员、军事院校学生及入伍受训新兵。				□是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	□是 <input type="checkbox"/> 否
8. 是否为职业司机？若“是”请详述车辆种类、载重量或载人数等；					
9. 是否已参加当地公费医疗、基本医疗保险或农村合作医疗保险？				□是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	□是 <input type="checkbox"/> 否
10. 每年固定收入为：被保险人 <u>100000</u> 元，投保人 <u> </u> 元。					
11. 是否有其他事项需对本公司说明？				□是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	□是 <input type="checkbox"/> 否
第二部分 健康告知事项				被保险人	投保人
1. 被保险人身高 <u>180</u> 厘米；体重 <u>78</u> 公斤； 投保人身高 <u> </u> 厘米；体重 <u> </u> 公斤；过去一年内体重□增/ <input checked="" type="checkbox"/> 减 <u>2</u> 公斤，原因 <u>减肥</u> 。					
2. 最近五年是否曾或正在					
A. 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 <input checked="" type="checkbox"/> 否	□是 <input type="checkbox"/> 否
B. 接受诊疗、手术、住院治疗？				□是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	□是 <input type="checkbox"/> 否
3. A. 是否吸烟或曾吸烟？若“是”，吸烟 <u> </u> 年， <u> </u> 支/天；				□是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	□是 <input type="checkbox"/> 否
B. 有无饮酒习惯，如有，每周饮用白酒或红黄酒是否超过500毫升，啤酒超过3000毫升？				□是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	□是 <input type="checkbox"/> 否
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？				□是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	□是 <input type="checkbox"/> 否
5. 是否曾有下列症状、曾被告知患有下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，过去一年内体重增减超过5公斤；				□是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	□是 <input type="checkbox"/> 否
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；				□是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	□是 <input type="checkbox"/> 否
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；				□是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	□是 <input type="checkbox"/> 否
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；				□是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	□是 <input type="checkbox"/> 否
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；				□是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	□是 <input type="checkbox"/> 否

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；	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
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；	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
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；	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
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；	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
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；	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
K. 骨关节畸形、人工装置物、脊柱脊椎疾病等运动系统疾病；	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
L. 恶性肿瘤、或尚未证实为良性或恶性的肿瘤、息肉、囊肿、赘生物；	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
M. 性病、结核病、酒精成瘾；	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
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；	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
6. 您及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、淋巴结肿大及皮肤溃疡？	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
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？	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
第三部分 女性补充告知	被保险人	投保人
1. 目前是否怀孕？若“是”，怀孕____周，是否已怀孕28周？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
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？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
第四部分 4岁以下（含4岁）被保险人补充告知	被保险人	
1. 出生时身高____厘米；体重____克；出生情况： <input type="checkbox"/> 足月顺产 <input type="checkbox"/> 足月剖腹产 <input type="checkbox"/> 早产 <input type="checkbox"/> 过期产 <input type="checkbox"/> 难产；	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
2. 出生时是否有产伤、窒息史、抢救史或被置于保温箱史？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
3. 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？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
4. 是否未按时接种疫苗？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
5. 是否曾接到医生对被保险人生长发育方面的建议和警告？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
备注栏		

客户声明及授权：

- 本人声明已阅读本健康与财务告知声明书，并同意此声明将作为申请本保险合同复效、新增附约、增加保额、补充告知等变更之根据。
- 本健康与财务告知声明书以及与合同内容变更有关的各份问卷及文件、对中国太平洋人寿保险股份有限公司（以下简称“太平洋寿险”）体检医生之各项声明与陈述均确实无误。如有隐瞒或日后发现与事实不符，本次合同内容变更或复效申请无效。
- 本人已知晓本合同的复效、加保、等申请须经太平洋寿险批准并在本人已交纳相关费用后方可生效，新增附约申请须经太平洋寿险批准并在本人已交纳相关费用且符合约定的条件时生效。
- 本人及被保险人授权太平洋寿险在必要时可随时向任何医疗卫生机构、保险公司及任何其他机构或人士，就有关保险合同变更事宜，查询有关投保人或被保险人的记录、诊断证明及其他有关证明文件，本人和被保险人均无异议。
- 本人已认真阅读和充分了解新增保险合同产品的条款，对条款内容特别是保险责任条款、责任免除条款及合同解除条款均作了了解并同意遵守。
- 如本人投保医疗费用型保险，本人同意并认可从本保险单及其他途径所获得的，符合本保险单签发当地政府基本医疗保险管理规定的医疗费用补偿金额之和，以本人实际支出且符合本保险单签发当地政府基本医疗保险管理规定的医疗费用金额为限。
- 本人已知晓太平洋寿险保留要求投保人或被保险人体检，并由其本人承担合理的体检费用的权利。
- 本人已充分了解保险代理人不得收取现金和不得代领保险金。
- 申请人同意所提供的资料和信息，可用于太平洋保险集团（中国太平洋保险（集团）股份有限公司及其直接或间接控股的公司）及因业务必要而委托的第三方为本人提供服务及推荐产品，太平洋保险集团及委托的第三方对前述资料和信息负有保密义务。

投保人（签名）： 王飞 被保险人及其法定监护人（签名）： 李明 日期： 2013 年 01 月 15 日

公司网址: www.cpic.com.cn
全国客户服务电话: 95500
版本号: BQ06-201212