

被保险人个人事项告知书

单位及被保险人基本信息告知：

投保单位名称（如有，请填写）：		投保单号/单证号码：	
被保险人姓名：	性别：男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	出生日期：	
职业（工种）：	职务：	联系电话：	
证件类型：	证件号码：	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

被保险人健康状况告知：

以下项目4至9勾选为“是”时，请在备注栏中详细描述。	
1. 被保险人身高_____cm，体重_____Kg。	
2. 您是否目前或曾经有吸烟习惯？ 若有，吸烟_____支/天，已吸烟_____年；若已戒烟，戒烟_____年，原因：_____	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
3. 您是否目前或曾经有饮白酒、洋酒等烈性酒的习惯？ 若有，饮酒_____两/天，已饮酒_____年；若已戒酒，戒酒_____年，原因：_____	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
4. 您目前是否正在服药或进行其他治疗（如服用降压药、降糖药、镇静药等）？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
5. 您既往2年内是否进行过门诊或住院的检查、服药、手术或其他治疗？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
6. 您是否目前或曾经患有，或被怀疑患有下列疾病？ A. 呼吸系统疾病： 如慢性支气管炎、肺气肿、肺心病、哮喘、肺结核等。 B. 心血管疾病： 如高血压、冠心病、心律失常、风心病等。 C. 神经系统及精神疾病： 如癫痫、脑中风、脑炎、脑瘤、脊髓疾病、抑郁症、精神病、智能障碍等。 D. 消化系统疾病： 如肝炎、多囊肝、肝硬化、胆结石、消化性溃疡、溃疡性结肠炎等。 E. 泌尿及生殖系统疾病： 如肾炎、肾病综合征、肾功能异常、泌尿系结石等。 F. 内分泌、代谢疾病： 如糖尿病、甲状腺疾病等。 G. 血液系统疾病： 如白血病、血友病、紫癜、贫血等。 H. 骨骼、肌肉、风湿免疫系统疾病： 如类风湿性关节炎、脊柱疾病、骨髓炎、系统性红斑狼疮等。 I. 五官科疾病： 如白内障、青光眼、视网膜病变、咽喉部疾病等。 J. 癌症、肿瘤（良性、恶性或尚未证实为良性或恶性的）、肿块、息肉、囊肿、赘生物等。 K. 先天性疾病、遗传性疾病、脑外伤后遗症、内脏损伤、急/慢性中毒、职业病等。 L. 以上未提及的其他疾病或症候。	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
7. 您是否失明、聋哑及言语障碍？是否有身体其他部位残缺、残疾或功能障碍？若“是”，请详述残疾等级、残疾部位、原因、有无功能障碍及是否使用辅助器械。	□是 □否
8. 女性告知（≥16周岁填写） A. 您目前是否怀孕？若“是”，怀孕_____周。 B. 您是否目前或曾经有阴道异常出血、畸胎瘤、葡萄胎、子宫肌瘤或其他乳房、子宫、卵巢疾病等？	□是 □否 □是 □否
9. 被保险人<2周岁告知： A. 出生时身高_____cm，体重_____Kg，出生时孕周_____周。 B. 是否早产、过期产、难产？是否有产伤、窒息、抢救史或被置于保温箱？是否有畸形、发育迟缓、惊厥、抽搐或脑瘫等？	□是 □否

10. (如投保意外险。可无需填写此项)				您的父母、子女、兄弟姐妹是否患有癌症、心脑血管疾病、白血病、血友病、糖尿病、多囊肝、多囊肾、肠息肉或其他遗传性疾病等? (如“是”, 请在下表中详述)		□是 □否	
患病对象	疾病名称	患病时年龄	健在	身故			
		周岁	目前状况:	身故年龄:	周岁		
		周岁	目前状况:	身故年龄:	周岁		

被保险人一般及财务状况告知:

以下项目 11 至 14 勾选为“是”时, 请在备注栏中详细描述。	
11. 除本投保申请外, 您是否已经购买或目前正在申请农银人寿或其他保险公司的人身保险? 若“是”, 请详述保险公司名称、险种名称、保险金额及日期。	□是 □否
12. 您过去是否被保险公司解除保险合同, 投保、复效时被加费、特约、延期、拒保, 提出或已经得到理赔? 若“是”, 请详述保险公司名称、险种名称、索赔金额、日期、原因及结果。	□是 □否
13. 您是否有参加飞行、赛马、潜水、探险、跳伞、搏击项目、赛车、滑雪、攀岩、蹦极、特技表演等危险运动的爱好?	□是 □否
14. 您是否 1 年内计划出国? 若“是”, 请告知国家名称、出国原因及停留时间。	□是 □否
15. 每年固定收入为: 被保险人_____万元, 家庭年收入_____万元。 收入来源: <input type="checkbox"/> 工资 <input type="checkbox"/> 奖金和分红 <input type="checkbox"/> 投资收益 <input type="checkbox"/> 股票债券 <input type="checkbox"/> 其他_____	

备注栏:

若上述健康状况、一般及财务状况告知为“是”时, 请注明序号, 并在本栏中详细说明。(若健康状况 4-9 项告知为“是”者, 请详述诊治日期、疾病名称、就诊医院、目前情况。)

被保险人声明栏:

<p>1. 本人确认本个人事项告知书中各项填写内容及与本投保申请有关的告知事项等均准确无误, 知晓个人事项告知书将作为农银人寿保险股份有限公司(以下简称“农银人寿”)签发保险合同的依据。如有不如实告知, 农银人寿有权依法解除合同, 并对保险合同解除前发生的保险事故不承担保险责任。</p> <p>2. 本人授权农银人寿就有关保险事宜收集、查询、索取有关被保险人的健康、病史、财务、资产资料或其他有关证明文件。本人授权农银人寿将本人的个人资料提供给与贵公司有关联的个人或组织, 以便于处理投保申请及提供其他金融产品和服务。本授权书的影印件与原件同样有效, 且已知晓贵公司对本人的个人资料承担保密义务。</p> <p>3. 本人同意农银人寿通过电话、信函、E-mail 或其他方式适时提供保险信息服务。</p> <p>4. 本人确认被保险人/法定监护人签名均为本人亲笔签名。</p> <p style="text-align: right;">被保险人/法定监护人签名:</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>
