



<p>7. 诊疗、检查经历：</p> <p>过去3个月内是否接受过医生的诊断、检查和治疗；</p> <p>过去5年内是否因疾病或受伤住院或手术；</p> <p>过去5年内除健康普查外有否做过下列检查：X光（透视、摄片）、心电图、B超、CT或核磁共振、脑电图、血液化验、胃镜、肠镜等内窥镜检查、病理活检、眼底检查。</p>	<p>是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/></p> <p>是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/></p> <p>是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/></p>	<p>是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/></p> <p>是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/></p> <p>是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/></p>
<p>8. 你及你的配偶是否曾接受或试图接受与艾滋病有关的诊察或治疗？在过去6个月内是否曾持续超过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。</p>	<p>是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/></p>	<p>是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/></p>
<p>9. 父母兄弟姐妹中是否有人曾患有遗传性疾病、结核病、肝炎、肝硬化、癌症、糖尿病、肾病、心脏病、中风、高血压、动脉硬化、精神病或曾是乙肝、丙肝病毒携带者或60周岁以前因病身故。</p>	<p>是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/></p>	<p>是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/></p>
<p>10. 妇女专项</p> <p>A. 是否正在怀孕？如是，孕期第_____周；</p> <p>B. 是否患有子宫肌瘤、子宫颈癌、卵巢囊肿、卵巢癌、异位妊娠、乳腺增生（包块、肿块）、乳腺癌、阴道不规则出血等疾病。</p>	<p>是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/></p> <p>是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/></p>	<p>是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/></p> <p>是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/></p>
<p>11. 投保记录：</p> <p>A. 目前是否有已参加或正在申请中的其它人身保险？如有，请告知承保公司、保险险种名称、保险金额、保单生效时间。</p> <p>B. 过去两年内是否曾被保险公司解除合同或申请人身保险而被延期、拒保或附加条件承保。</p> <p>C. 过去有无向保险公司索赔。</p>	<p>是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/></p> <p>是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/></p> <p>是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/></p>	<p>是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/></p> <p>是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/></p> <p>是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/></p>
<p>12. 团体投保告知事项</p> <p>1. 参加投保的被保险人是否有上述4-10项告知</p> <p>2. 过去三年有无向保险公司索赔（选“是”请在备注栏列明索赔险种、时间、原因、人数）</p> <p>3. 过去三年是否发生过死亡或伤残情况？若“是”请告知人数。 疾病死亡_____人；疾病伤残_____人；意外死亡_____人；意外伤残_____人</p> <p>4. 是否有长期病假、长期接受治疗或住院人员参加本次投保？若“是”有_____人</p> <p>5. 是否有残疾人员参加本次投保？若“是”有_____人</p> <p>6. 保险金额或保险费分配规则：<input type="checkbox"/>平均 <input type="checkbox"/>年收入 <input type="checkbox"/>职位 <input type="checkbox"/>综合了多种因素</p> <p>说明：1.4.5项目若为“是”，请在《被保险人变更申请清单》中对应被保险人“备注”中说明</p>	<p>是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/></p> <p>是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/></p> <p>是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/></p> <p>是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/></p> <p>是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/></p> <p>是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/></p>	<p>是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/></p> <p>是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/></p> <p>是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/></p> <p>是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/></p> <p>是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/></p> <p>是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/></p>
<p>13. 说明：以上2-12项如“是”，请列明问题编号及有关需说明的内容，包括疾病诊治日期、诊治结果、诊治医院名称、债务情况等。对投保单及告知内容，本公司承担保密责任。</p>		
<p><b>投保人声明与授权</b></p> <p>本人谨此代表本人及被保险人声明及同意：以上所填各告知事项均属事实并确无欺瞒。如有不实告知，贵公司有权解除保险合同，并对解除合同前发生的事故不负保险责任。</p> <p>本人谨此授权凡知道或拥有任何有关本人或被保险人健康及其它情况的任何医生、医院、保险公司、其它机构或人士，均可将所需的有关资料提供给中国人寿保险股份有限公司。此授权书的影印本也同样有效。</p>		
<p>被保险人或其法定监护人签名：</p> <p>日期：_____年_____月_____日</p>	<p>投保人签名：</p> <p>日期：_____年_____月_____日</p>	