

正面

中国 平安 人 寿 保 险 股 份 有 限 公 司
PING AN LIFE INSURANCE COMPANY OF CHINA.LTD

团险被保险人告知声明书

投保团体:		被保险人数:		投保单号:											
被 保 险 人 情 况	姓名:		年龄:		性别:		身高:		米		体重:		公斤		
	证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 军人证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 其它 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"/>														
	婚姻状况:				工龄:				年收入:						
	现任职位:				职业 / 工种:				职业代码: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
	投 保 种 类	1.			2.			3.			4.			5.	
保 额	1.			2.			3.			4.			5.		
被 保 险 人 健 康 告 知	1. 您是否曾在投保医疗、意外或人寿保险时被拒绝、延期或附加条件承保? <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无														
	2. 目前尚在住院或病假中? <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无														
	3. 近两年内有无因患病不能全勤工作或减轻劳动量? <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无														
	4. 是否曾经患过某些症状或疾病被医师建议去做进一步检查、治疗? <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无														
	5. 现在或过去有无患肿瘤、癫痫、脑震荡、精神病、心脏病、高血压、血管硬化、中风、糖尿病、尿毒症、慢性酒精中毒、肝硬化、肾切除三年以上(外伤性切除不在此列)?或肾病性病等生殖泌尿系统疾病,哮喘、肺结核等呼吸系统疾病,胃、肝、胆、肠等消化系统疾病,血液病、爱滋病,心疼、神经系统疾病、甲状腺疾病以及任何神经肌肉骨骼系统方面的异常、失能等病症? <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无														
	6. 有无吸毒史? <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无														
	7. 在最近 6 个月内,您是否有任何身体不适症状和体征?如持续发热、疼痛、眩晕、胸痛、咳嗽、咯血、腹痛、便血、紫斑、消瘦(体重短期内下降超过 5 公斤)。 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无														
	8. 有无身体残障状况? <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无														
	9. 妇女栏:(被保险人为女性时,请说明)														
	A、过去五年内曾否患子宫、乳房、卵巢等生殖系统方面疾病? <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无														
B、目前是否怀孕? 是否被诊断为高危妊娠? <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无															
10. 少儿栏:(被保险人为 0-15 周岁的儿童时,请说明)															
A、有无先天性、遗传性疾病或畸形? <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无															
B、过去曾否患过肺炎、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、流行性乙型脑炎、白喉、破伤风、百日咳等疾病? <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无															
上述健康告知若回答有,请详述,并提供相关病历资料:															
序号	患病起始时间	最近一次诊治时间	接受的检查和治疗				诊断结果	目前状况(痊愈、缓解等)							
1															
2															
3															
4															

背面: 中国平安人寿保险股份有限公司
 PING AN LIFE INSURANCE COMPANY OF CHINA.LTD
 团险被保险人告知声明书

其它告知事项	1.曾否投保任何人身保险? (有, 请详述险种及保额) <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>无												
	2.有无使用任何违禁药物或毒品? <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>无												
	3.有无从事危险运动或竞技的嗜好? 如: 潜水、跳伞、攀岩运动、探险活动、武术、摔跤、赛马、赛车、自驾机飞行、热气球飞行、滑雪、滑浪、登山、漂流、蹦极、特技表演等。 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>无												
	4.有无因工作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、动乱、种族冲突、政局动荡等) <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>无												
连带被保险人情况	5.有无机动车辆驾驶执照? (有, 请详述驾照类型) <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>无												
	6.有无驾车肇事记录? <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>无												
	7.主要收入来源: <input type="checkbox"/> 工薪 <input type="checkbox"/> 民营 <input type="checkbox"/> 股票 <input type="checkbox"/> 其它												
	上述告知若回答有,请详述:												
连带被保险人情况	姓名		性别		年龄		岁		身高		米	体重	公斤
	与被保险人关系			职业			年收入						
	投保 险种	1.						投保 金 额	1.				
		2.							2.				
		3.							3.				
	告知项目与被保险人同,若回答有,则详细告知:												
	姓名		性别		年龄		岁		身高		米	体重	公斤
	与被保险人关系			职业			年收入						
	投保 险 种	1.						投保 金 额	1.				
		2.							2.				
3.						3.							
告知项目与被保险人同,若回答有,则详细告知:													
姓名		性别		年龄		岁		身高		米	体重	公斤	
与被保险人关系			职业			年收入							
投保 险 种	1.						投保 金 额	1.					
	2.							2.					
	3.							3.					
告知项目与被保险人同,若回答有,则详细告知:													
被保险人声明: 1.本告知声明书方格内填√者, 即作为被保险人“是”的答复; 2.本告知声明书是保险公司同意承保及续保的重要证明文件, 本告知声明书所填写的各项内容, 均属真实, 并成为本保险合同及续保合同的一个组成部分。若日后发现告知不实, 贵公司可依照《保险法》规定, 不承担任何给付责任。 特此声明 <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> 被保险人/监护人签章: 投保单位公章: 年 月 日 </div>													