cigna healthcare
招商信诺
保险 · 健康 · 财富

被保险人健康告知书

0 2 0 0 0 0 3

投保人姓名：_____ 被保险人姓名：_____

投保人：

目前从事行业_____ 职位_____ 职务内容_____ 年收入_____万元 单位名称_____

被保险人：(如为同一人，不需填写)

目前从事行业_____ 职位_____ 职务内容_____ 年收入_____万元 单位名称_____

询问事项

	温馨提示：投保人(被保险人)在投保时应如实告知投保流程中的各项内容，不得故意隐瞒或不实告知，否则我公司有权依据法律规定及本保险合同约定解除保险合同，所有告知事项均以书面告知为准，口头告知无效。如投保人与被保险人非同一人，保险条款中涉及对投保人承担保险责任事项，则投保人亦须勾选及告知。	**被保险人** 是 否	**投保人** 是 否
1	您是否有危险嗜好或从事危险活动，如赛车、赛马、滑雪、攀岩、蹦极、潜水、跳水、跳伞、拳击、武术、摔跤、探险、特技活动、极限运动、非民用或非商业性飞行或其他高风险活动?如“是”，请在说明栏中告知参加的项目及每年参加的次数。	□ □	□ □
2	A.除本保险外，您是否已拥有或正在申请其他人身保险?如“是”，请在说明栏详述保险公司、保险名称、保额、保险合同是否仍然有效。 B.您是否曾被保险公司解除合同或投保、复效时被拒保、延期、加费、以附加条件承保、提出或已经得到理赔(医疗险一年内理赔不超过3次且每次理赔金额不超过1000元的情况除外)? 如“是”，请在说明栏告知。	□ □	□ □
3	您目前的身高和体重是多少？ 被保险人：身高 _____ 厘米，体重 _____ 公斤。 投保人：身高 _____ 厘米，体重 _____ 公斤。	/ /	/ /
4	A. 您目前或曾经是否有吸烟习惯？如“是”，已经吸烟_____年，平均每天_____支；于_____年，因为_____ 而停止吸烟? B. 您目前或曾经是否有饮酒习惯？如“是”，已经饮酒_____年，平均每天____毫升，饮酒种类_____： 于_____年，因为_____而停止饮酒? C. 您是否曾被医生建议戒烟或者停止饮酒?如“是”，请在说明栏告知。	□ □	□ □
5	您过去三年内是否曾出现以下任何一种症状或体征?如“是”，请在说明栏告知。 反复头晕、晕厥、意识障碍、昏迷、乏力、抽搐、紫绀(口唇、指/趾甲、皮肤的青紫)、心悸、呼吸困难、咯血、黄疸(新生儿生理性黄疸已康复的情况除外)、呕血、便血、血尿、气短、半年内体重下降超过5公斤(分娩后或减肥健身原因导致体重减轻的情况除外)、视力或听力明显减退(因视疲劳导致的近视除外)，持续或反复出现且原因未明的发热、头痛、咳嗽、关节肿痛、肝区疼痛、胸闷、胸痛、腹痛、鼻出血、瘀斑、皮肤紫斑或出血、复视、耳鸣、浮肿、淋巴结持续肿大。	□ □	□ □
6	您过去五年内是否曾出现以下任何一种情况?如“是”，请在说明栏告知。 a.因受伤、手术或疾病住院超过3天(阑尾炎、痔疮、疝气、剖宫产及胆结石手术住院的情况除外)，或持续服药、治疗超过30天； b.健康体检或医学检查结果存在异常(检查项目包括但不限于X光、B超或彩色超声、CT、核磁共振、心电图、胃镜或肠镜等、内窥镜、病理活检、宫颈TCT、血液、尿液等检查)； c.被医生建议进一步就诊、检查、治疗、用药、住院、手术、定期复诊、复查或监控。	□ □	□ □
7	您是否曾患有，或疑似患有下列疾病、病症或残疾，或因此而就诊、接受检查或治疗?如“是”，请在说明栏告知。 a.脑、神经系统或精神疾病，如：脑梗塞、脑出血、脑损伤、脑血管瘤、脑血管畸形、脑瘤、脑炎或脑膜炎、神经纤维瘤病、癫痫、脊髓灰质炎、脊髓疾病、脑脊髓膜炎、瘫痪、脑瘫、帕金森氏综合征、阿尔兹海默氏病、舞蹈病、运动神经元疾病、多发性硬化、老年性痴呆症、早老年痴呆症、重症肌无力、肌营养不良、脑部手术史、精神分裂症、抑郁症、焦虑症等； b.心血管系统疾病，如：高血压、冠心病、肺心病、心绞痛、心功能不全、心肌梗塞、心律失常、心力衰竭、心脏瓣膜病、心包疾病、心肌炎、心内膜炎、心包炎、心肌病、室壁瘤、动脉瘤、肺源性心脏病、肺动脉高压、风湿性心脏病、先天性心脏病、主动脉疾病、川崎病并发心脏病、冠状动脉旁路移植术等； c.呼吸系统疾病，如：慢性支气管炎、哮喘、肺气肿、支气管扩张、肺结核、肺脓肿、尘肺、矽肺、肺栓塞、气胸、肺结节病、间质性肺病、终末期肺病、肺纤维化、胸腔积液、呼吸功能不全、呼吸衰竭等； d.消化系统疾病，如：慢性肝病、乙肝或丙肝病毒携带、肝炎、重度脂肪肝、肝硬化、肝脓肿、多囊肝、胆囊或胆管结石、胆囊炎、胆囊息肉、化脓性胆管炎、胰腺炎、脾肿大、胃溃疡、十二指肠溃疡、食道静脉曲张、消化道出血或穿孔、慢性或溃疡性结肠炎、肠息肉、克罗恩病、肠梗阻等； e.泌尿生殖系统病，如：慢性肾脏疾病、肾炎、肾病综合征、肾功能不全、血尿、蛋白尿、尿毒症、肾移植、多囊肾、肾囊肿、肾积水、反复尿路感染、肾盂肾炎、肾动脉狭窄、泌尿系结石、尿路畸形等； f.内分泌系统、免疫系统及骨骼、肌肉、结缔组织疾病，如：糖耐量异常、空腹血糖受损、糖尿病、垂体疾病、甲状腺或甲状旁腺疾病(如甲状腺结节、甲状腺功能亢进或减退等)、肾上腺疾病、类风湿性关节炎、强直性脊柱炎、系统性红斑狼疮、痛风、多发性肌炎、皮肌炎、干燥综合征、肌肉萎缩、硬皮病、结节病、椎间盘突出、椎管狭窄、脊柱裂、股骨头坏死、骨髓炎、骨性关节炎、骨与关节结核等； g.血液系统疾病，如：白血病、再生障碍性贫血、骨髓增生异常综合征、血友病、地中海贫血、中重度贫血、淋巴瘤、脾功能亢进等； h.五官科疾病，如：白内障、青光眼、视网膜出血或剥离、眼底病变、视神经病变、虹膜睫状体炎、高度近视(800度以上)、神经性耳鸣、美尼尔氏病、五官手术史等； i.感染、传染性疾病，如：性传播疾病、梅毒、淋病、艾滋病、确证或疑似艾滋病病毒携带、重症手足口病、象皮病、坏疽等； j.原位癌、癌症、肉瘤、肿瘤/肿物/肿块/结节/包块(恶性、良性或尚未证实为良性或恶性的)、息肉、囊肿、赘生物； k.各类先天性疾病、遗传性疾病、脑外伤后遗症；急/慢性中毒、职业病、造血干细胞移植术、器官移植术史及上述未提及的严重疾病； l.智能障碍，失明、聋哑等视觉、听觉、语言及咀嚼功能障碍，两上肢或两下肢长度不等、关节功能丧失、烧烫伤所致皮肤瘢痕及伤残、脊髓灰质炎后遗症及身体各部位缺损、残障、畸形及功能障碍。	□ □	□ □

保险公司留存

温馨提示：投保人（被保险人）在投保时应如实告知投保流程中的各项内容，不得故意隐瞒或不实告知，否则我公司有权依据法律规定及本保险合同约定解除保险合同，所有告知事项均以书面告知为准，口头告知无效。如投保人与被保险人非同一人，保险条款中涉及对投保人承担保险责任事项，则投保人亦须勾选及告知。		被保险人		投保人	
		是	否	是	否
8	您的直系亲属（父母、子女、兄弟姐妹）是否患有癌症、糖尿病、白血病、血友病、多囊肝、多囊肾、家族性结肠息肉病、精神病等遗传性疾病或60岁之前因疾病身故？如“是”，请在说明栏告知。	☐	☐	☐	☐
9	您是否曾使用止痛药、镇静类安眠剂、麻醉剂、迷幻药等成瘾性药物或毒品？如“是”，请在说明栏告知。	☐	☐	☐	☐
10	女性告知：您是否属于以下任何一种情况？如“是”，请在说明栏告知。 a.正处于怀孕28周至产后三个月的时间内，或因怀孕或生产而导致任何并发症或合并症（例如：蛋白尿、高血压、糖尿病等）； b.曾经患有或疑似患有宫颈病变、异位妊娠（即宫外孕）、畸胎瘤（已经手术治愈且病理为良性的除外）、葡萄胎、卵巢癌、卵巢肿物、盆腔炎、子宫肿物、子宫内膜异位症，异常阴道出血（月经异常）、乳腺结节或肿块、乳头溢液或血性溢乳； c.曾经乳腺超声、钼靶、妇科超声、宫颈刮片或TCT、妇科肿瘤标志物等检查结果异常，或被医生建议重复检查。	☐	☐	☐	☐
11	2周岁及以下儿童告知：被保险人是否属于以下任何一种情况？如“是”，请在说明栏告知。 a.出生时为低体重儿（出生时体重在2.5公斤以下）或早产儿（妊娠期小于37周出生），或出生时有难产、产伤、窒息、抢救史等异常情况； b.曾发现有畸形、发育迟缓、病理性黄疸、颅内出血、脑瘫、智能障碍、呼吸困难、惊厥、抽搐、先天性疾病、传染性疾病或遗传性疾病。	☐	☐	☐	☐

说明栏（询问事项如有勾选“是”，请在本栏注明问题序号及说明对象（被保险人/投保人），并详细说明具体情况（包括：首次发病时间及症状、检查项目及结果、诊断名称、治疗方式、最后就诊日期、康复情况、有无并发症后遗症等），如有相关病历和检查报告，请一并提供。）

序号	说明对象	具体情况

个人信息授权

一、本人已知晓并授权招商信诺人寿保险有限公司（以下简称“招商信诺”）为订立、履行保险合同，提供产品和服务，以及为履行法定义务，将处理投保人、被保险人及受益人的个人信息（以下统称“个人信息”）。就本人所提供的其他主体个人信息，本人确认已取得相关主体的授权。

二、本人同意并授权，为订立和履行保险合同，提供核保、保全、理赔、客户服务等目的，招商信诺可向征信机构、医疗机构、以及其他单位、组织等第三方合作机构查询、收集本人的个人信息。

三、本人同意并授权，招商信诺可将本人提供的以及根据上述约定查询、收集的个人信息提供给关联公司，以及其他为提供服务所必须的第三方合作机构（如健康管理公司、医疗机构、再保险公司等）。

四、本人同意并授权，为履行法定义务，招商信诺可将个人信息提供给司法机关、中国人民银行、国家金融监督管理总局及其派出机构等监管机构或其指定的第三方、保险行业协会、同业公会等相关机构组织。

五、本人同意并授权，在保险合同期间、或订立前、终止后，招商信诺、关联公司及因服务必须委托的合作伙伴可向本人提供、推荐保险产品、理赔服务、及其他客户服务，如市场调查与信息数据分析等。

六、本人知晓并同意，个人信息包括姓名、性别、国籍、职业、联系地址、联系方式、身份证件信息、以及生物识别、医疗健康、金融账户等敏感个人信息，该等信息是招商信诺为订立、履行合同及提供服务所必需；同意招商信诺对个人信息的处理方式包括收集、存储、使用、加工、传输、提供、删除等；同意适用招商信诺隐私政策。

七、本人知晓，在符合法律规定的情形下，本人对个人信息拥有合法的查阅、更正、删除、撤回同意权。本人行使上述权利不会与为订立、履行保险合同及获得客户服务相违背，也不会与招商信诺履行法定义务相冲突。

特别提示：

1.招商信诺非常重视个人信息保护，并尽最大努力合理保护个人信息，包括采取权限管理、加密管理、限制访问、与相关机构或人员签署保密协议等方式。如您不同意本授权条款或其中部分条款，可致电招商信诺客服热线【95362】修改授权。请您妥善保管您的账户、密码及其他个人信息。您账户下的操作行为将视为您本人的操作行为。一旦您泄露该信息，如可能会对您有不利影响，您可立即与我们联系。

2.招商信诺重视未成年人的信息保护。如被保险人为不满14周岁的未成年人，请监护人仔细阅读本授权书条款，并予以授权。

3.您的生物识别、医疗健康、金融账户等信息属于敏感个人信息，提请您特别同意。

4.招商信诺可能适时修订隐私政策，并于官网（www.cignacmb.com）、APP公布更新，请您及时查阅。

投保人、被保险人声明与授权

1、本人已知晓，本人必须真实、完整提供各项信息。本人经仔细审阅后确认上述内容均属实，与之有关的资料均完整、确实无误，并由本人亲自提供。本人对现在及过去的职业状况、健康状况、生活方式和习惯均无隐瞒或遗漏。本人知晓自签署之日至保单生效/合同效力恢复期间，如本人健康信息发生任何变化，包括体检或医学检查结果异常或者接受任何医疗建议、咨询、检查和治疗等，均须告知你公司。

2、本人谨此授权凡知道或拥有任何有关本人健康及其他情况的任何医生、医院、保险公司、其他机构或人士，均可将有关资料提供给你公司，此授权书的影印本也同样有效。

投保人签名：_____ 被保险人（法定监护人）签名：_____ 签署日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

温馨提示：体检时无需投保人签名，且仅限本人签名，需与投保单上签名样式保持一致。

保险公司留存