



PS018

瑞泰人寿保险有限公司

健康、财务及生活习惯告知书

保险单号: _____ 投保人: _____ 被保险人: _____

申请事项: 复效 提示: 如本次保险合同效力恢复成功, 观察期将有可能被重新计算, 即在本保险合同效力成功恢复后的一段期间, 本公司不承担相应的保险责任, 具体以产品条款为准。

其它 _____

告知事项 (如所投保险种不涉及保险费豁免责任时, 投保人告知栏无须填写)

以下项目回答为“是”时, 请在说明栏中写明项目序号, 并详细描述, 本公司承担保密义务。	被保险人		投保人	
	是	否	是	否
1. 您是否在银行及其他金融机构有贷款或向其他人有借贷?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 您目前是否有其它公司的人身保险或正在同时申请本保险以外的人身保险?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 您是否曾经被保险公司加费、特约、拒保、延期、解除合同等, 或复效时被拒绝或被要求附加条件?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 您是否有过任何形式的人身保险索赔? 如“是”, 请在说明栏详述: 公司名称、险种名称、索赔金额、索赔原因及索赔结果。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 被保险人身高 _____ cm 体重 _____ kg; 投保人身高 _____ cm 体重 _____ kg。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 有无吸烟习惯? 如“是”请详述: 被保险人已吸烟 _____ 年, _____ 支/天; 投保人已吸烟 _____ 年, _____ 支/天。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 有无饮酒习惯? (除外应酬性饮酒) 如“是”请详述: 若是, 请右方表格内告知具体饮酒量。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 您是否有危险嗜好或从事危险活动, 如私人性质飞行、赛车、赛马、滑雪、攀岩、蹦极、潜水、跳水、拳击、武术、摔跤、探险或特技活动及其他高风险活动?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 您过去2年内是否曾有以下医学检查(包括健康体检)结果异常并被建议进一步检查、治疗, 如影像检查(X光、B超、彩超、CT、PET-CT、核磁共振、造影等)、心电图、内窥镜、细胞学检查、眼底检查、穿刺、刮诊、病理活检、肿瘤标记物、验血、验尿、验便以及是否接受过医生的诊察、治疗、用药、手术?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 您既往是否有住院诊疗? 如“是”请您在说明栏中写明住院原因、时间、治疗结果及医院名称。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 您是否曾经患有、正在患有、被怀疑患有或被告知患有下列症状、疾病或因此而接受治疗?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A. 反复头痛或眩晕、晕厥、咯血、胸闷、胸痛、呼吸困难、吞咽困难、紫绀、呕血、黄疸、便血、血尿、蛋白尿、浮肿、腹痛、腹水、关节红肿或酸痛、反复耳鸣、复视、视力或听力障碍、原因不明的皮肤和粘膜及齿龈出血、原因不明发热/抽搐、原因不明的肌肉萎缩或无力、性质不明的包块/团块/结节/占位或肿物、黑痣破溃或明显增大、面部感觉异常或疼痛、身体的其他感觉异常或活动障碍, 或曾在过去六个月内出现下列症状: 原因不明的体重减轻五公斤以上、持续一周以上食欲不振/盗汗/乏力/腹泻/淋巴结或器官肿大/皮肤溃烂;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. 高血压、血压异常、冠心病、心绞痛、心肌梗塞、先天性心脏病、心脏瓣膜病、风湿性心脏病、心内膜炎、缺血性心脏病、心肌肥厚、心功能不全、主动脉狭窄、肺动脉高压、主动脉瘤/夹层、心血管介入治疗、风湿热、动脉瘤、肺心病、心肌病、心律失常、传导阻滞、心包炎、下肢静脉曲张;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. 急/慢性支气管炎、肺炎、肺大泡、肺气肿、气胸、支气管扩张、肺脓肿、肺栓塞、尘/矽肺、肺结核、肺纤维化、肺结节/阴影/磨玻璃影、间质性肺病、哮喘、胸膜炎、低通气综合征、呼吸暂停综合征、慢性阻塞性肺疾病;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. 食管静脉曲张、肝炎病毒携带、肝炎、脂肪肝、肝硬化、肝肿大、肝脓肿、肝囊肿、肝豆状核变性、血吸虫肝病、胆结石、胆囊/胆管炎、胆囊息肉、脾大、胰腺疾病、胃食管反流病、Barrett食管(巴雷特食管)、慢性胃炎、肠炎、肠结核、消化道溃疡或出血、穿孔、家族性肠息肉、溃疡性结肠炎、克罗恩病、疝、肠梗阻、痔、肛瘘;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. 肾功能异常、肾炎、肾小球疾病、肾病综合症、肾功能衰竭、肾积水、肾囊肿、多囊肾、肾错构瘤、泌尿系结石、泌尿系结核、泌尿系感染、尿路畸形、生殖器官疾病;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. 癌症、肿瘤、类癌、腺瘤、息肉、赘生物、囊肿、结石、血管瘤、不典型增生、皮肤疾病;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. 何杰金氏病、白血病、血友病、紫癜、贫血、血小板减少/增多症、骨髓增生异常综合症、淋巴瘤、血栓性疾病、脾脏疾病, 或被建议不宜献血;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. 糖尿病、甲状腺疾病、甲状腺结节、甲状旁腺疾病、肾上腺疾病、垂体疾病、高脂血症、痛风、原发性醛固酮增多症、嗜铬细胞瘤、肢端肥大症;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. 多发性硬化、癫痫、眩晕症、脊髓病变、重症肌无力、帕金森氏病、精神分裂症、抑郁症、焦虑症、痴呆症、情感障碍、神经官能症、脑出血、脑栓塞、脑瘤、脑动/静脉血管瘤及畸形、短暂性脑缺血、脑动脉供血不足、脑炎、脑膜炎、脑梗、脑外伤后综合症、瘫痪、神经麻痹、椎间盘突出、脊柱疾病;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J. 类风湿性关节炎、风湿病、强直性脊柱炎、红斑狼疮、硬皮病、胶原病、白塞氏病、干燥综合症、结缔组织病、免疫性疾病、肌肉骨骼关节疾病、血管炎、川崎病、皮炎、骨性关节炎、骨髓炎、骨质疏松；	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. 先天性疾病、遗传性疾病、内脏损伤、急/慢性中毒、职业病、特殊物质过敏、中毒（铅、汞、农药、煤气等）后遗症；	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. 白内障、青光眼、高度近视（800度以上）、视神经或视网膜病变、中耳炎、美尼尔病（梅尼埃病）、鼻息肉、鼻中隔偏曲、声带息肉、咽喉部疾病；	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. 梅毒、淋病、非淋菌性尿道炎等性传播疾病；您及您的配偶是否曾接受艾滋病病毒（HIV）检验。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 身体残疾状况：您有无智力障碍，是否失明、视力障碍、失聪、听力障碍、语言障碍、跛行、小儿麻痹后遗症；有无五官、脊柱、胸廓、四肢、手指、足趾畸形或功能障碍；有无言语、咀嚼、视力、听力、嗅觉、运动及中枢神经系统机能障碍？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 您是否曾经或正在使用成瘾药物？如镇静安眠剂、迷幻剂、毒品或其它违禁药物。如“是”请在说明栏详述使用时间及品种。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 您的父母或兄弟姐妹是否曾患有高血压、肾病、心脏病、肾囊肿、肝硬化、糖尿病、白血病、结核病、多发性硬化症、癌症或曾被发现为乙肝病毒携带者或其他肝炎及病毒携带者？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 女性补充告知【14周岁以上（含14周岁）女性填写】：	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A. 被保险人现在是否怀孕？如是，已怀孕_____周。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. 是否患有或曾经患有阴道不规则出血、白带异常、下腹痛等不适感觉或异常症状，阴道镜检查异常、宫颈刮片检查结果异常或hpv检查结果异常？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. 是否患有或曾经患有子宫肌瘤、子宫内膜异位症、月经不调、异位妊娠、血性溢乳、乳腺炎、乳腺增生、乳腺包块或肿块、不孕症、乳腺结节、外阴鳞状上皮增生、外阴硬化性苔藓、子宫内膜息肉、葡萄胎、输卵管疾病、卵巢疾病、宫颈炎、盆腔炎、宫颈上皮内瘤变等疾病？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. 被保险人是否曾做过或被建议做宫颈刮片、乳腺检查、乳腺影像学检查（超声、钼靶检查）或乳腺穿刺活检、阴道镜检查？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. 三周岁以下（小于36个月）儿童补充告知：是否为早产、难产？出生时体重是否小于2.5公斤或是否有产伤、窒息、颅内出血等异常情况？是否有发育迟缓、惊厥、抽搐、脑瘫、新生儿缺血缺氧性脑病、先天性疾病、遗传性疾病、畸形或缺陷？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
投保人	固定年收入_____万元，主要收入来源： <input type="checkbox"/> 工薪 <input type="checkbox"/> 私营 <input type="checkbox"/> 证券投资 <input type="checkbox"/> 银行利息 <input type="checkbox"/> 房屋租赁 <input type="checkbox"/> 其它_____			
被保险人	固定年收入_____万元，主要收入来源： <input type="checkbox"/> 工薪 <input type="checkbox"/> 私营 <input type="checkbox"/> 证券投资 <input type="checkbox"/> 银行利息 <input type="checkbox"/> 房屋租赁 <input type="checkbox"/> 其它_____			

告知栏（该栏填写满时，可另附纸张填写，并且需投保人/被保险人/法定监护人签名确认）

序号	说明对象	说明内容

投保人签名 被保险人（监护人）签名 申请日期 年 月 日

见证人/销售人员声明：

本人已核实投保人及被保险人（监护人）的有效身份证件或者其他身份证明文件，确认客户身份。

营销机构 见证人/销售人员签名 销售人员编号