

**健康与告知声明书**

编号: U&amp;I/T0045

保险合同编号											被保险人姓名	投保人姓名
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------	-------

**申请变更事项**

- 变更被保险人/投保人个人资料   
  复效   
  新增附加合同   
  增加主/附加合同保额/投保份数   
  变更主合同交费期限/保险期间  
 变更投保人 (新投保人需填写 A1 投保人资料、A2 新投保人基本信息; 若投保产品为新型产品, 则还需填写 D 项内容)

**A. 客户资料 (根据申请变更的事项填写相关客户资料)**

A1. 投保人、被保险人资料		被保险人	投保人
居民类型		<input type="checkbox"/> 城镇 <input type="checkbox"/> 农村	<input type="checkbox"/> 城镇 <input type="checkbox"/> 农村
单位类型		<input type="checkbox"/> 国家机关 <input type="checkbox"/> 事业单位 <input type="checkbox"/> 国有企业 <input type="checkbox"/> 上市公司 <input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="checkbox"/> 国家机关 <input type="checkbox"/> 事业单位 <input type="checkbox"/> 国有出资企业 <input type="checkbox"/> 上市公司 <input type="checkbox"/> 其他_____
单位或学校名称			
单位或学校地址		( )省( )市( )区 ( )邮编( )	( )省( )市( )区 ( )邮编( )
职位/职务内容 (若有兼职, 请另行说明)			
职业代码			
目前固定的年收入 (包括基本工资、奖金、分红和红利)		人民币( )万元	人民币( )万元

**A2. 新投保人基本信息 (仅供变更投保人填写, 并在单证下方“投保人”栏处签名)**

姓名	性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期 年 月 日	年龄 周岁	婚姻状况 <input type="checkbox"/> 单身 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 鳏寡 <input type="checkbox"/> 离异
证件类型 <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 其它_____	证件号码			
与被保险人关系	证件复印件递交 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	有效期至 年 月 日		
国籍: _____ 户籍所在地: _____	常住地址 国家 省 市 区	邮编		
常住地址电话 区号( ) 电话( )	单位电话 区号( ) 电话( ) 分机( )	手机号码	电子邮箱	
通讯地址 <input type="checkbox"/> 同常住地址 <input type="checkbox"/> 同单位地址	您是否是美国护照持有人、美国绿卡持有人、美国居民或每年于美国居住达 183 日以上? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (若是, 则请另行填写相关表格)			

**B. 告知事项 (如保险合同包含“投保人豁免保险费利益”, 投保人须在“投保人栏”告知投保人的健康状况)**

	被保险人	投保人
1. 您是否向其他人寿保险公司申请保险? 您的寿险、人身意外或健康保险申请是否曾被拒保、推迟、加费或作任何形式修改? 若“是”, 请说明: _____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2. 是否曾向任何保险公司提出索赔申请? 若“是”, 请说明: _____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
3. 关于飞行时间, 摩托车驾驶, 商业飞行, 潜水, 登山, 赛车, 跳伞等危险运动的爱好和活动是否有任何变化?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
4. 您是否每年累计 6 个月以上居住或正在计划前往境外_____?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5. 您是否拥有公费医疗、社会医疗保险和其他费用补偿型医疗保险?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
6. 争议的处理: 1、 <input type="checkbox"/> 向被告住所地人民法院起诉 2、 <input type="checkbox"/> 仲裁 (若勾选仲裁, 请在此处明确填写全称仲裁委员会) (若未勾选或勾选了仲裁选项但未明确填写仲裁委员会的名称、或填写了不存在的仲裁委员会, 则按向被告住所地人民法院起诉处理。)		

**C. 告知事项 (如保险合同包含“投保人豁免保险费利益”, 投保人须在“投保人栏”告知投保人的健康状况)**

	被保险人	投保人
1. a. 被保险人: 身高, 体重和吸烟, 饮酒状况是否有任何变化? 如是, 请说明目前身高_____厘米, 体重_____公斤, 吸烟数量_____, 饮酒数量_____; ___酒(种类) b. 投保人: 身高, 体重和吸烟, 饮酒状况是否有任何变化? 如是, 请说明目前身高_____厘米, 体重_____公斤, 吸烟数量_____, 饮酒数量_____; ___酒(种类)	a. <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ---	--- b. <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2. 您是否曾正在接受或准备接受医疗咨询、药物治疗、手术治疗或其他治疗? 如是, 请说明治疗时间, 治疗名称以及药物名称:	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
3. 您是否曾收到医生对您饮酒、吸烟的建议和警告? 是否曾经醉酒、酒精中毒、酒精依赖、或酒后驾车? 或因酒精滥用接受过治疗?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
4. 您在过去五年曾: a. 接受血液、X光、CT、MRI、心电图、脑电图、肌电图、超声波、内窥镜检查、活体组织病理学检查等或其他特殊检查? b. 住院或接受过手术治疗、或因任何病症而长期门诊随访并接受诊疗?	a. <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 b. <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	a. <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 b. <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5. 您是否存在身体残障状况: a. 头颅、五官、四肢、胸廓、脊柱、手指或足趾畸形或缺损; b. 视力、听力、语言或认知、智力障碍或运动、感觉障碍; 身体结构或身体功能方面的残疾情况?	a. <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 b. <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	a. <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 b. <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
6. 您的面部皮肤是否存在面积大于等于 6cm <sup>2</sup> 或直径不小于 10cm 的瘢痕?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

<p>7. 您是否曾经患有或被告知患有下列疾病和症状, 或因此接受治疗:</p> <p>a. 高血压、心脏杂音、心脏扩大、心力衰竭、心律失常、胸闷、胸痛、心悸、气短、晕厥、紫绀、冠心病、心肌梗塞、心肌病、心肌炎、心内膜炎、心包炎、先天性心脏病、风湿性心脏病、或其他心脏瓣膜病、主动脉血管瘤、血循环不良、脉管炎或其他心血管系统疾病;</p> <p>b. 持续咳嗽、咯血、呼吸困难、支气管炎、哮喘、支气管扩张、肺结核、肺气肿、肺心病、胸膜炎、胸腔积液尘肺或其他呼吸系统疾病;</p> <p>c. 腹痛、呕血、便血、黑便、肝区不适、黄疸、肝肿大、肝功能异常、脂肪肝、肝炎、乙肝病病毒携带、食道静脉曲张、肝硬化、消化道溃疡、胃炎、胆结石或炎症、结肠炎、肠梗阻、胰腺炎、消化不良、痔疮、肛瘘、肛裂、疝等消化系统疾病;</p> <p>d. 血尿、蛋白尿、尿糖、肾功能衰竭、尿毒症、肾炎、肾病综合症、尿路结石或畸形、反复尿路感染、肾囊肿、多囊肾、膀胱疾病、前列腺疾病、外生殖器溃疡或其他泌尿生殖系统疾病;</p> <p>e. 反复头痛、眩晕、癫痫、抽搐、震颤、不自主运动、帕金森氏综合症、语言障碍、瘫痪或中风、重症肌无力、多发性硬化、痴呆、智力低下、抑郁焦虑、精神分裂或其他精神神经系统疾病;</p> <p>f. 糖尿病、血糖升高、高血脂、甲状腺疾病、甲状旁腺疾病、痛风、高尿酸血症、肾上腺或垂体疾病以及其他内分泌代谢性疾病;</p> <p>g. 再生障碍性贫血、出血、鼻衄、紫癜、淋巴结肿大、脾肿大、血友病、白血病、以及其他血液系统疾病、或被建议不宜献血;</p> <p>h. 椎间盘突出症、关节疼痛或变形、脊椎疾病、关节红肿、关节酸痛、关节炎、风湿病、强直性脊柱炎、脊髓灰质炎、类风湿性关节炎、白塞氏病、系统性红斑狼疮、反复骨折、以及其他骨、关节或结缔组织疾病;</p> <p>i. 高度近视 800 度以上、视网膜剥离或出血、视神经病变、白内障、青光眼、失明、眼底疾病、中耳炎、声音嘶哑、及其他眼、耳、鼻、喉或口腔的疾病;</p> <p>j. 癌前病变、恶性肿瘤(包括癌症、原位癌)、未被证实良性或恶性之肿瘤、结节、肿块、息肉、囊肿、赘生物等。</p> <p>k. 先天性疾病、遗传性疾病、或其他上述未提及的需要持续关注或治疗的状况或疾病。</p>	<p>a. <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>b. <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>c. <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>d. <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>e. <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>f. <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>g. <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>h. <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>i. <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>j. <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>k. <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>	<p>a. <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>b. <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>c. <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>d. <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>e. <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>f. <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>g. <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>h. <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>i. <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>j. <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>k. <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>
<p>8. 您及您的配偶是否曾患有性病、艾滋病(AIDS)、或感染艾滋病病毒(HIV 呈阳性)、或曾接受过相关检测、医疗咨询?(如 HIV 抗体检测) 您是否曾经或目前正在使用成瘾药物? 如止痛药、麻醉剂、镇静安眠剂、迷幻药、毒品或其他违禁药物。</p>	<p><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>	<p><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>
<p>9. a. 您的家族成员(父母、子女、兄弟姐妹)是否曾患有高血压、心脏病、中风、多囊肾、肝炎、肝硬化、糖尿病、精神病、唐氏综合症、亨廷顿舞蹈病或其他遗传性疾病? 如“是”, 请说明: _____</p> <p>b. 您的家族成员(父母、子女、兄弟姐妹)中是否有 2 个及以上在 60 岁前罹患恶性肿瘤的? 若“是”, 请在附注中说明关系去世年龄和身故原因。</p>	<p>a. <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>b. <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>	<p>a. <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>b. <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>
<p>10. 被保险人为 2 周岁以下儿童适用:</p> <p>a. 出生时身高: _____ 厘米; 体重: _____ 公斤; 出生时留院天数 _____ 天, 超过 7 天, 请说明原因: _____</p> <p>b. 是否有早产, 难产, 呼吸窘迫, 脑瘫, 痉挛, 抽搐, 先天性畸形, 先天性疾病, 发育迟缓, 唐氏综合症, 或其他遗传性疾病?</p>	<p>b. <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>	<p>---</p>
<p>11. 女性适用(12 周岁及以上适用):</p> <p>a. 是否怀孕? 若“是”, 怀孕 _____ 周?</p> <p>b. 怀孕或分娩期间是否患有糖尿病、高血压、蛋白尿等并发症? 或其它异常情况?</p> <p>c. 是否患有或被报告之患有乳房肿块或其它乳房异常情况?</p> <p>d. 是否患有月经紊乱且需要经常治疗和随诊; 子宫或宫颈疾病、子宫内膜异位症、子宫肌瘤、阴道异常出血、性传播疾病及其他生殖器官疾病?</p> <p>e. 是否曾有宫颈涂片异常、曾被医生建议或正准备接受子宫颈圆锥切除活检、重复宫颈涂片检查、乳房检查、乳房 X 光或活体检查?</p> <p>f. 家族成员(外祖母、母亲、姐妹、姨妈)中是否有人患过乳腺癌? 如是, 请详述患病家族成员人数、关系及其被诊断的年龄。</p>	<p>a. <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>b. <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>c. <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>d. <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>e. <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>f. <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>	<p>a. <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>b. <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>c. <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>d. <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>e. <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>f. <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>
<p><b>上述问题中如有任何答案为“是”者, 请注明题号并具体说明: 求诊日期, 诊断结果, 治疗方法, 目前情况, 医院和医生名称等, 并同时请提供相关病历资料。</b></p>		

**D. 声明:**

**请您在仔细阅读本产品条款、产品说明书和投保提示书后, 亲笔用正楷抄录以下声明并确认:**

**声明: 本人已阅读保险条款、产品说明书和投保提示书, 了解本产品的特点和保单利益的不确定性。**

**请投保人亲笔抄录**

为维护您的权益, 请勿在空白之“健康声明书”上签章, 签章前, 请先核对所填写资料的正确性。

**声明及同意书:**

- 本人声明已阅读本健康声明书, 并同意此声明将作为申请本保险合同复效、加保等其他变更之根据。
- 本健康声明书以及与合同内容变更或复效有关的各份问卷及文件、对方全球人寿保险有限公司(以下简称“贵公司”)体检医生的各项声明与陈述确实无误。若不属实, 贵公司有权依法解除保险合同, 并对保险合同解除前发生的保险事故不负任何责任。
- 本人已知晓本合同的复效、加保、增加附加合同等申请须经贵公司核准后方可生效, 并自复效或增加保额获批准的当日零时起生效。
- 投保人和被保险人现授权贵公司从任何内、外科医生、医院、诊所、保险公司或任何组织单位, 就有关保险合同变更事宜, 查询有关投保人及被保险人的资料或索取其它有关证明文件。
- 如果您开始拥有美国的国籍、绿卡、永久居留权、居留权等使得您对美国有纳税义务, 请于相关身份信息更改日起 30 天内通知我司。
- 本人/我们授权贵公司有权为履行保险合同, 再保险、提供优质保险服务或向本人销售贵公司的保险产品而使用个人信息或资料, 并有权按照境内外相关法律法规及监管部门不时直接或间接的根据要求作合理披露。

_____	_____	_____
被保险人	投保人	签署于 城市 年/月/日
_____	_____	
见证人/寿险顾问	寿险顾问编号/管辖处/组号	

