



健康及财务告知书

保险合同号		保全受理号	
投保人		被保险人	

财务及其他状况告知（若选择“是”请在“说明栏1”中予以说明；如果投保产品中有对投保人的保障责任，投保人告知栏必须填写）

1	被保险人：每年固定收入 _____ 万元 家庭负债/借款（房贷、车贷除外）_____ 万元	投保人：每年固定收入 _____ 万元 家庭负债/借款（房贷、车贷除外）_____ 万元	被保险人	投保人
2	a. 您目前在其他保险公司（不含英大人寿）是否有人身保险合同或正在申请投保人身保险？若“是”，请在“说明栏1”内注明投保险种、保险金额及保险公司。 b. （18周岁以下填写）被保险人在其他保险公司投保上述保险的身故保额合计为 _____ 万元。		☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
3	您过去是否被其他保险公司（不含英大人寿）解除合同或在投保、复效时被延期、拒保、附加条件承保？若“是”，请在“说明栏1”内注明保险公司、险种、原因。		☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
4	您在其他保险公司（不含英大人寿）是否有过任何形式的人身保险理赔？若“是”，请在“说明栏1”内注明保险公司、险种、索赔金额及索赔原因。		☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
5	您是否正在或试图参加骑马、赛车、登山攀登、潜水、跳伞、驾驶航空机具等危险性运动或有此类嗜好？若“是”，请在“说明栏1”内详细说明。		☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
6	您的职业是否涉及或接触任何危险物（化学物质、爆炸物、有毒物质或其他危险物）、高空作业、潜水作业、隧道作业或井下作业？若“是”，请在“说明栏1”内详细说明。		☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
7	您是否在国外持续居住超过三个月或正准备出境（出国学者除外）？若“是”，请在“说明栏1”内注明居住的国家或地区及居住时间，或准备前往的国家或地区及居住时间（停留时间）。		☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否

说明栏1（财务及其他状况告知第2项至第7项，若告知为“是”，请在本栏内详细说明）：

健康状况告知（若选择“是”请在“说明栏2”中予以说明；如果投保产品中有对投保人的保障责任，投保人告知栏必须填写）

被保险人：身高_____厘米，体重_____公斤		投保人：身高_____厘米，体重_____公斤		被保险人	投保人
8	您在最近六个月内是否有下列身体不适症状？ ①长期咳嗽咳痰、声音嘶哑、痰中带血、咯血；②胸闷、胸痛、心慌、气喘、气短、呼吸困难；③吐血、大便带血、黑便、反复腹痛、恶心、反酸、呕吐、腹泻；④反复尿频、尿痛、血尿、腰痛、外生殖器溃疡；⑤反复皮下出血、鼻腔出血、牙龈出血、发热、持续疲倦；⑥晕倒、意识不清、视力下降、抽搐、反复头痛、头晕；⑦半年内体重增加或减少5公斤以上；⑧关节红肿、疼痛、活动受限。			☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
9	您过去三年内是否有体检结果异常，并被建议进一步明确诊断、治疗。			☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
10	您是否每日吸烟大于10支，若“是”，（投保人）吸烟_____年，每天_____支，（被保险人）吸烟_____年，每天_____支。			☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
11	您是否每天/每周饮酒且白酒平均每天>0.5斤或者啤酒平均每天>5瓶。			☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
12、您是否曾患有下列疾病或因下列疾病接受检查或治疗？					
a	失明、视网膜出血或剥离、视神经炎、青光眼、白内障、眼底病变、视野缺失、高度近视（800度以上）、聋哑、听力下降、中耳炎、梅尼尔氏病或其他眼、耳、鼻、喉或口腔疾病？			☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
b	精神病、抑郁症、脑炎、脑膜炎、脑瘤、脑出血、短暂性脑缺血、脑血管畸形或脑血管瘤、脑中风、癫痫、帕金森氏病、多发性硬化、重症肌无力、脊髓灰质炎、脊髓炎、瘫痪、头部外伤或其他脑部之疾病或神经系统之疾病？			☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
c	高血压、动脉硬化、心律失常、心绞痛、冠心病、风湿性心脏病、心肌梗塞、心肌病、心内膜炎、心脏瓣膜疾病、室壁瘤、主动脉瘤、先天性心脏病、肺源性心脏病、心脏扩大、心包疾病、心力衰竭、或其他心脏和血管疾病？			☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
d	慢性支气管炎、哮喘、支气管扩张症、肺气肿、肺脓肿、肺栓塞、肺结核、肺膜炎、间质性肺病、肺纤维化、尘肺、矽肺或其他呼吸器官之疾病或肺部之疾病？			☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
e	消化道溃疡、消化道出血、穿孔、慢性胃炎、疝气、结肠炎、胰腺炎、肝脾肿大、肝功异常、肝炎、病毒性肝炎携带者、多囊肝、肝硬化、胆道结石、胆囊结石、或其他有关肝、胆、胰腺、胃、小肠、结肠、直肠或肛门之疾病？			☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
f	泌尿系统结石、畸形、肾炎、尿毒症、肾移植、肾囊肿、肾病综合症、肾功能不全、前列腺肥大或其他生殖泌尿系统之疾病或性传播疾病？			☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
g	糖尿病、糖耐量异常、高尿酸血症、高脂血症、痛风、甲状腺疾病或甲状腺旁腺疾病、脑垂体疾病、肾上腺疾病或其他内分泌代谢疾病？			☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否

h	风湿热、系统性红斑狼疮、类风湿、椎间盘脱出、椎管狭窄、脊椎裂、股骨头坏死、骨性关节炎、骨髓炎、肌营养不良症、干燥综合症、关节置换或任何脊椎、骨关节、肌肉组织、结缔组织等疾病？	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否					
i	贫血、白血病、再生障碍性贫血、血友病、脾功能亢进或任何血液系统之疾病或脾脏之疾病或淋巴之疾病？	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否					
j	结节、癌症、肉瘤、肿瘤、肿块、囊肿或息肉？	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否					
k	患有任何皮肤疾病或任何职业病？	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否					
l	有任何身体残疾、肢体缺失、先天性疾病或智力功能障碍？	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否					
m	是否打算或正在或过去五年内曾在任何医院、诊所接受诊断性检查，如X光、超声波、CT、核磁共振、心电图、活体检查、验血、验尿、艾滋病毒（HIV）的检验等，并且检查结果提示异常（如有，请提供诊断报告）？	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否					
n	是否接受任何外科手术治疗或住院进行诊治？	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否					
o	有无使用镇静安眠剂、迷幻药及其他违禁药物或吸食有机溶剂、毒品，或有酒精中毒、药物中毒？有无对某药物过敏史？	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否					
13、家族史：								
a	父母、子女、兄弟姐妹是否两人及两人以上患有心脏病、中风、高血压、肾脏疾病、癌症、血友病、糖尿病、风湿性疾病、精神疾患、哮喘、病毒性肝炎、艾滋病等疾病？	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否					
14、少儿告知栏（2周岁（含）以下儿童填写）：								
a	出生时体重_____公斤。有无体重不增或增长缓慢？	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否					
b	有无难产、窒息、先天性、遗传性疾病或畸形？	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否					
15、女性告知栏（14周岁（含）以上者填写）：								
a	现在是否怀孕？若“是”，已怀孕_____月。	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否					
b	是否有任何乳房、子宫、卵巢之疾病或其他妇科病症或分娩前后综合症？	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否					
c	是否被建议重复做宫颈涂片、乳房检查、乳房X光检查或乳房活体检查？	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否					
说明栏 2（上述第8项到第15项中，若选择“是”，请按下列要求详细说明）								
序号	说明对象	疾病名称	发病时间	是否诊治 或住院	接受诊治或 住院时间	医院名称	诊断结果	目前状况
.....								
.....								
.....								

声明：本告知书上各询问事项本人均已如实回答，如有隐瞒或告知不实，贵公司可依据《中华人民共和国保险法》规定解除保险合同，并对合同解除前发生的保险事故不承担给付责任。

投保人签名：

被保险人或法定监护人签名：

签署日期： 年 月 日 签署日期： 年 月 日

注意：以上签名栏必须由签名人亲笔签名。