

请扫描二维码关注下载“人民健康”APP

受理意见:

保全健康告知声明书

保单号：_____ 申请人：_____（角色选择：☐投保人 ☐被保险人☐受益人）申请时间：_____年____月____日

注意：申请复效、保障额度调整（增加保额者）或增加险种须填写以下的健康告知声明。

填写说明：请用黑色钢笔或黑色签字笔在对应的☐或序号内打“√”，并填写详细告知内容。

告知事项

1、目前医疗费用支付方式：①社会医疗保险 ②商业医疗保险 ③自费 ④其他（请详细说明）。

2、您目前的年收入_____万元，主要来源为：①薪资 ②营业收入 ③房屋出租 ④证券投资 ⑤银行利息 ⑥其他（请详细说明）

3、您是否投保过医疗险、重大疾病保险、意外险或寿险？（☐是☐否）如“是”，请告知投保公司、险种、保额，并做详细说明。

4、是否有投保本保单前未告知的疾病、残疾及器官缺失或功能不全？（☐是☐否）如是，请详细说明。

5、自投保至今，您是否有身体不适、检查结果异常、就诊或被诊断为某种疾病？（☐是☐否）如有，请详细说明。

6、自投保至今您是否发生过保险赔付（包括其他公司），或正准备申请赔付？（☐是☐否）如有，请详细说明。

7、投保至今是否更换过职业？ ☐是☐否（如“是”，请先办理职业变更）

8、您是否投保其他保险公司的下列产品时，被非标准承保或申请过理赔？

产品：①人寿保险 ②重大疾病保险 ③住院医疗保险 ④意外险 ⑤其他保险

其结果为：①拒保 ②延期 ③附加条件或加费承保 ④提出或已得到理赔

说明栏：上述告知事项，如果答复“有”或“是”时，请注明序号及告知对象（第几被保险人），在本栏中说明。

被保险人	序号	选择内容	详细说明
姓 名：	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
	6		
	7		
	8		
姓 名：	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
	6		
	7		
	8		
姓 名：	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
	6		
	7		
	8		

声明及签名栏

本人对上述内容已了解并作出如实告知，本人同意将此申请书作为原保险合同的一部分，如有告知不实，中国人民健康保险股份有限公司（以下简称“贵公司”）有权解除本保险合同，对于合同解除前发生的保险事故，贵公司不承担保险责任。本人授权贵公司可以从任何单位、组织机构就有关保险事宜查询、索取与本人相关的资料或证明，贵公司对个人资料承担保密义务。

告知确认签名：

投保人：_____ 第一被保险人：_____ 第二被保险人：_____ 第三被保险人：_____

_____年 月 日 _____年 月 日 _____年 月 日 _____年 月 日