

九、保险公司询问事项（一）若仅投保意外险、年金险主险的，仅填写保险公司询问事项（一）。

若第5至12项的回答为“是”，请在详述栏详细说明。如有 第二被保险人 ，亦需回答本询问事项。	被保险人
1.投保人在回答保险公司询问事项前，是否已确保所有被保险人健康告知结果已得到其本人的确认？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2.A.投保人近三年年均收入约：_____万元，主要来源： <input type="checkbox"/> 工资 <input type="checkbox"/> 其他 被保险人近三年年均收入约：_____万元，主要来源： <input type="checkbox"/> 工资 <input type="checkbox"/> 其他 B.投保人是否有负债（包括贷款）？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 若是，负债金额_____万元，负债原因_____ 被保险人是否有负债（包括贷款）？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 若是，负债金额_____万元，负债原因_____	
3.被保险人目前身高：_____厘米，体重：_____公斤；第二被保险人目前身高：_____厘米，体重：_____公斤。	
4.被保险人是否已拥有社会医疗保险（包括公费医疗、劳保医疗和农村合作医疗等）？	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
5.A.除本投保单外，被保险人是否已拥有或正在申请其他人身保险： 保险公司 _____ 寿险保额 _____ 重疾险保额 _____ 防癌险保额 _____ 意外/乘驾险保额 _____ 住院津贴保额 _____ B.您申请的人身保险曾被保险公司拒保、延期或以附加条件承保？您是否曾向保险公司提出索赔？	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
6.被保险人是否有吸烟或饮酒习惯，若有，请在下面表格中详述：	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
吸烟	饮酒
_____年 _____支/天	_____年， _____酒 _____毫升/天
7.被保险人是否有下列情况： A.曾否有特殊嗜好？曾否有注射、服用、吸食、使用未经医师处方的国家管制性药物或海洛因、可卡因等毒品？ B.曾否或准备计划参加飞行、潜水、探险、赛车、举重、武术及其他竞技比赛等？ C.是否准备计划去境外旅行或工作？如是，去什么地区及多长时间？ D.曾否因身体健康原因而改变职业或工作？您过去的工作是：	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
8.最近一年是否有新发现的或已存在的任何身体不适症状或体征，如持续发热、不明原因感染、慢性咳嗽、皮肤溃疡、慢性腹泻、淋巴结肿大或明显消瘦（体重下降超过五公斤）或其他？	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
9.最近两年内曾否在进行身体检查时发现异常（包括但不限于X光、心电图、超声波、内窥镜、CT、核磁共振、HIV抗体测试、血液、尿液、病理检查）？或接受诊断、住院治疗、手术、输血或其他治疗？曾否有连续三周以上时间因受伤或疾病而不能工作或上学？	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
10.是否曾经患有或被告知患有下述疾病或症状、或因此接受治疗： 脑中风（脑出血、脑梗塞）、心脏病、高血压病（收缩压 ≥ 140 mmHg或舒张压 ≥ 90 mmHg）、糖尿病、癫痫、抽搐、瘫痪、抑郁症、精神分裂症、痴呆症、肝硬化、重症肝炎、肝脾肿大、尿毒症、恶性肿瘤（包括但不限于癌症、白血病、淋巴瘤、肉瘤、胶质细胞瘤、骨髓瘤、何杰金氏病）、艾滋病、艾滋病毒感染、失明、失聪、失语、智力低下或其他身体机能障碍或残缺？	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
11.女性专项[14周岁以上（含14周岁）女性填写]： A.目前是否怀孕？如是，怀孕_____周，是否定期产前检查？检查结果是否有异常？ B.曾否有妊娠期异常或生产过程异常（如妊娠高血压综合症、葡萄胎等）？ C.曾否接受过任何乳房检查且检查结果异常？曾否有乳腺增生、乳房肿块或结节、或其他乳房异常情况，接受隆胸等乳房整形手术？ D.是否有子宫肌瘤、卵巢囊肿、子宫内膜异位症、盆腔炎、异常阴道出血（月经异常）、宫颈糜烂或其他生殖器官疾病？曾否接受过宫颈涂片检查或TCT、HPV检查且检查结果异常？	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
12.儿童专项[8周岁以下（含8周岁）儿童填写]： 是否为早产儿或出生时体重低于2.5公斤？是否有新生儿窒息、颅内出血及其他新生儿疾病？是否有身体或智力发育异常情况？	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是

十、保险公司询问事项（二）若投保寿险或重疾险的，还须填写保险公司询问事项（二）。

若答“是”，请在详述栏详细说明。如有 第二被保险人 ，亦需回答本询问事项。	被保险人
1.是否有或曾有下列症状、疾病或身体异常情况： A.心血管系统疾病：例如冠心病、心绞痛、心肌梗死、心包炎、心肌炎、风湿性心脏病、先天性心脏病、心脏瓣膜病、心脏杂音、心律失常、昏晕、心悸、胸闷、胸痛、血管瘤、动脉硬化、血管畸形、脉管炎、静脉曲张、血栓形成或其他心血管系统疾病？ B.神经和精神系统疾病：例如脑中风（脑出血、脑梗塞）、脑供血不足（短暂性脑缺血发作TIA）、脑肿瘤、脑动脉血管瘤、脑动静脉血管畸形、帕金森病、眩晕、麻痹、瘫痪、多发性硬化、舞蹈症、企图自杀或其他神经和精神系统疾病？ C.呼吸系统疾病：例如支气管炎、哮喘、肺气肿、支气管扩张、肺结核、胸膜炎、持续咳嗽、咳血、痰中带血或其他呼吸系统疾病？ D.消化系统疾病：例如肝炎、乙肝病毒携带、肝功能异常、脂肪肝、胆囊疾病、肝内结石、黄疸、胆石病、胰腺疾病、食道疾病、消化道溃疡、消化道出血、疝气、胃炎、溃疡性结肠炎、结肠息肉、痔疮、便血或其他消化系统疾病？	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是

若答“是”，请在详述栏详细说明。如有 第二被保险人 ，亦需回答本询问事项。		被保险人
2. 是否有或曾有下列症状、疾病或身体异常情况： A. 泌尿生殖系统疾病：例如肾炎、肾盂肾炎、肾病综合症、肾功能异常或肾衰竭、肾囊肿、尿路结石、浮肿、血尿、蛋白尿、排尿困难、排尿疼痛、膀胱或输尿管疾病、前列腺疾病或其他泌尿生殖系统疾病？ B. 血液疾病：例如鼻出血、胸痛、皮肤瘀斑或出血点、牙龈自发性出血、再生障碍性贫血、贫血、血友病、出血性疾病、血小板减少性紫癜、过敏性紫癜、骨髓疾病或其他血液疾病？ C. 内分泌及代谢疾病：例如高血脂、高尿酸血症或痛风、甲状腺疾病、甲状旁腺疾病或脑垂体功能异常、乳房异常泌乳或其他内分泌及代谢疾病？ D. 免疫系统及结缔组织疾病：例如系统性红斑狼疮、风湿病、类风湿病、干燥综合征或其他免疫系统及结缔组织疾病？ E. 肌肉及骨骼系统疾病：例如颈椎病、腰椎骨质增生症、关节炎、关节病、椎间盘突出、强直性脊柱炎及脊柱疾病或其他肌肉及骨骼系统疾病？ F. 五官疾病：例如高度近视(>800度)、失明、失聪、失语、视网膜病变、中耳炎、鼻息肉、青光眼、白内障、视腺、声音嘶哑或唇裂、腭裂、阻塞型呼吸睡眠综合症、颞颌关节病或其他五官疾病？ G. 任何恶性肿瘤(癌症)或未经证实之肿瘤或癌前病变、息肉、囊肿、结节、白斑？ H. 任何先天性疾病、遗传性疾病、传染性疾病、皮肤病或性病？ I. 任何以上未提及之受伤、异常症状、疾病、身体检查结果、诊断、输血或输血液制品、治疗？		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
3. A. 在您的直系亲属中是否有人曾患有恶性肿瘤、高血压、心脏病、糖尿病、痛风、家族性结肠息肉、多囊肿、中风、癫痫、肝炎、肝炎病毒携带、嗜酒、企图自杀或其他精神、神经、遗传性疾病？ B. 在您的直系亲属中是否有人在六十岁以前因疾病去世？如是，请说明原因及去世年龄。		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
如有 第二被保险人 ，亦需回答下列保险公司询问事项，如答“是”，请在详述栏详细说明。		第二被保险人
1. 若投保第二被保险人保险，第二被保险人是否存在上述保险公司询问事项（一）5-12中的任何情形？		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
2. 若投保第二被保险人保险，第二被保险人是否存在上述保险公司询问事项（二）1-3中的任何情形？		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
十一、详述栏		
序号	对象	具体描述

** 投保人及所有被保险人声明与授权 **

- 一、本人在决定投保之前已收到并认真阅读了保险产品条款的各项内容，产品说明书、投保提示书、偿付能力披露信息、投资风险评估问卷（投资连结保险适用），对以上内容了解并同意遵守。相关保险营销员已对保险条款进行了明确说明。本人已明确本保险条款中的保险责任、保险责任是否有等待期、免赔额、费用扣除情况、责任免除、犹豫期、退保条款、理赔申请程序及理赔要求等的含义，了解贵公司的偿付能力情况，并没有完全依赖保险营销员的解释来决定是否投保。本人已充分了解并清楚本产品的特点和保险利益的不确定性及相关风险。
- 二、本人经过仔细审阅后确认上述所有问题的答案及与之有关的资料均由本人亲自提供，提供的内容完整、确实、无误；本人对上述问题所涉及的现在及过去的健康状况、生活方式和习惯均无隐瞒或遗漏。本人知晓如本人有不实告知，保险公司有权依法解除保险合同，并对合同解除前发生的保险事故不承担保险责任，且所有告知事项均以书面告知为准，口头告知无效。
- 三、本人确认上述税收居民身份信息的真实、准确和完整，并承诺当这些信息发生变更时，将在30日内通知贵机构，否则，本人承担由此造成的不利后果。
- 四、本人承诺投保时已取得被保险人同意并认可保险金额及所有告知事项，否则本人自愿承担由此所造成的一切不利法律后果和相关损失。
- 五、本人明白上述各项答案及与之有关的资料是中意人寿保险有限公司(以下简称“贵公司”)评估风险及签发保险合同所不可缺少的依据。
- 六、本人授权任何医师、医疗机构、保险公司等组织机构，可以将涉及本人保险的相关信息提供给贵公司。
- 七、本人同意授权贵公司及其银行从本人账户中扣取约定的保险费。
- 八、本人同意贵公司将有本人的资料用于保险、再保险、保险监管机构、行业协会、贵公司关联方和合作方等进行与提供保险服务相关的数据处理、数据统计等事宜，以及按照贵公司应当遵守的法律法规向权力机关进行披露。为提供保险服务的需要，本人授权：贵公司可通过知悉本人信息的机构查询与本人有关的全部信息（包括但不限于投保、承保、理赔、医疗信息等）；贵公司及其具有必要合作关系的机构均可对上述信息进行合理的使用。为确保信息安全，贵公司及其合作机构应采取有效措施并承担保密义务。
- 九、本人保证购买贵公司的保险产品所交纳的全部保险费均是本人的合法收入。
- 十、本人同意贵公司对本人提供的手机号码或电子邮箱发送有关的保险单的信息。若投保人通过电子和纸质两种途径签收保单，以较早的日期时间记录回执日期。如本次投保的保险产品含有犹豫期，以签收保单回执的日期次日开始计算犹豫期，具体参照产品条款规定。
- 十一、本人已知晓在收到寿险保险合同正本并书面签收后的十五天内，投保人可以无条件解除本合同，并可取回扣除了工本费以外的所有已交的保险费，但若本合同已有理赔申请或在上述十五天期限内已有保险险种、保险金额或交费方式等的变更，则投保人解除本合同将不享有取回承保时所有已交保险费的权利。
- 十二、本人对投保单的所有内容均已知晓并亲自确认，本投保单由投保人和被保险人亲自签名。

投保人确认栏（如投保的险种中包括分红保险、万能保险或投资连结保险，请由投保人亲笔抄录以下内容。）

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。

说明：“保单利益的不确定性”仅针对新型产品的非保证利益部分，即分红保险的红利分配。

投保人/监护人亲笔签名

成年被保险人亲笔签名

第二被保险人亲笔签名

签署地 日期 年/月/日

《人身保险投保单（经代专用）》使用条件说明：

1、《人身保险投保单（经代专用）》仅限于投保中意人寿保险有限公司（以下简称“本公司”）保险产品时使用。请通过银行转账方式向本公司交纳保险费，勿向任何个人或并非中意人寿保险有限公司的银行账户支付保险费。

2、本公司同意承保后，将签发《保险合同》，您可通过登陆本公司官网www.generalichina.com，或致电400-888-9888查询。

<p>保险销售人员声明：本人已核对投保人及所有被保险人的身份证明文件，就投保单上述列明的所有问题对投保人及所有被保险人进行了当面询问，就免除保险人责任条款进行了提示和明确说明，并亲自见证投保人和所有被保险人在投保单上亲笔签名。已确认本投保单在本人可展业区域内签署。如有不实见证或报告，本人愿承担相应法律责任。</p> <p>保险销售人员签名/见证人签名： _____ 联系电话： _____</p> <p>除投保单册外的随附资料包括：</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 银行代收费凭证 <input type="checkbox"/> 5. 修正书 <input type="checkbox"/> 9. 初审提示</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 银行存折复印件 <input type="checkbox"/> 6. 病历共__页 <input type="checkbox"/> 10. 其他</p> <p><input type="checkbox"/> 3. 产品说明书 <input type="checkbox"/> 7. 问卷</p> <p><input type="checkbox"/> 4. 身份证明文件/1份/2份 <input type="checkbox"/> 8. 日常事务联系单</p>	<p style="text-align: right;">初审收件盖章</p> <p style="text-align: right;">初审签名：</p>
---	---