单证代码：1766

2025 9

中国平安
专业·价值 PING AN OF CHINA

中国平安人寿保险股份有限公司

PING AN LIFE INSURANCE COMPANY OF CHINA,LTD.

保单号码 | | | | | | | | | | | | | | | | |

一、填写说明：请用黑色钢笔或黑色签字笔在对应的□内打√，并正楷填写告知内容，符合简易复效条件的保单，只需填写带*的告知事项。

二、健康告知：(如果保险条款中涉及投保人保费豁免事项，投保人必须填写)

告　知　事　项	投保人 有(是) 无(否)	被保险人 有(是) 无(否)	其他被保险人 有(是) 无(否)
01 原保险合同所涉及的告知内容是否有不属实？如果“有”，请在说明栏告知事件发生时间及详细情况。	□ □	□ □	□ □
02 您是否目前吸烟或者曾经吸烟？如果“是”，请告知吸烟数量及相应年限？ 是否已戒烟，如果“是”，请在说明栏告知戒烟时间及原因。	____支/天__年 □ □	____支/天__年 □ □	____支/天__年 □ □
03 您是否目前饮酒或曾经饮酒？如果“是”，请告知饮酒的数量及相应年限 饮酒的种类有：①啤酒　②葡萄酒　③黄酒　④白酒 您是否现已停止饮酒，如果“是”，请在说明栏告知停止饮酒时间及原因。	____两/周___年 种类：_____ □ □	____两/周___年 种类：_____ □ □	____两/周___年 种类：_____ □ □
04 您是否目前正在使用或曾经使用止痛药、麻醉剂、镇静安眠剂、迷幻药、毒品、有机溶剂等？ 如果“是”，请在说明栏告知使用的时间及使用品种。	□ □	□ □	□ □
05 您是否曾经接受过输血及血制品，或曾被拒绝献血？如果“是”，请在说明栏告知时间及原因。	□ □	□ □	□ □
06 原保单生效日起至今是否有新发的或以往既有的任何身体不适症状或体症？ *原保单停效至今是否出现任何身体不适症状、体症或疾病？	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □
07 原保单生效日起至今是否去医院进行过门诊的检查、服药、手术或其他治疗？ *原保单停效至今是否去医院进行过门诊的检查、服药、手术或其他治疗？（包括入住疗养院、康复医院等医疗机构）？	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □
08 原保单生效日起至今接受的健康检查结果有无异常或被医师建议接受其他检查？ *原保单停效至今接受的健康检查结果有无异常或被医师建议接受其他检查？	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □
09 原保单生效日起至今是否曾住院检查或治疗（包括入住疗养院、康复医院等医疗机构）？ 如果“是”，请在说明栏告知原因、日期、医院名称及治疗结果。	□ □	□ □	□ □
10 原保单生效日起至今是否曾患有以下疾病？ 脑、神经系统及精神方面的疾病，心血管疾病，呼吸系统疾病，消化系统疾病，泌尿系统疾病，骨骼、饥肉、结缔组织的疾病，内分泌、血液系统疾病，五官科疾病，职业病，以上未提及的肿瘤和癌症。	□ □	□ □	□ □
11 您是否有智能障碍，或五官、脊柱、胸廓、四肢、手足、足趾缺损、畸形或功能障碍？如果“有”，请在说明栏告知智能障碍等级，残疾部位（具体位置）、原因、有无功能障碍、是否使用辅助器械。	□ □	□ □	□ □
12 妇女补充告知栏（未满18周岁免告知）： 1）您目前是否怀孕，如果“是”，怀孕_____周？ 2）怀孕及生产期间是否有合并症？例如：蛋白尿、血尿、高血压、糖尿病等。 3）您是否有子宫、乳腺、阴道等妇科其他疾病？	□ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □
13 您是否有参加赛车、赛马、搏击类运动、蹦极、滑雪、攀岩、潜水、探险或特技活动及其它高风险活动的爱好？如果“有”，请在说明栏告知参加的项目以及每年大约参加的次数。	□ □	□ □	□ □
14 目前您的职业有无改变？（如果“有”，请先办理职业变更） *原保单停效至今有无改变职业？（如果“有”，请先办理职业变更）	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □
15 近半年内被保人体重改变是否超过10%？		□ □	□ □
16 目前被保险人的身高和体重。	身高_____	厘米　体重	_____公斤
17 家属栏（附加家庭保险时告知）：被保险人的配偶及子女是否有以上第1—16项情况发生？		□ □	□ □

三、财务及其他告知

18 过去的两年中，您是否在本地以外的国家或地区（包括外地或境外）连续居住超过三个月？ 如果“是“，居住的国家或地区_____，居住时间_____个月。	□ □	□ □	□ □
19 您是否有机动车驾驶执照？如果“有”，请告知驾照类型。 您是否曾违章驾车并发生交通事故？如果“是”，请在说明栏告知次数、时间、违章类型。	类型_____ □ □	类型_____ □ □	类型_____ □ □
20 您有无负债？如果“有”，请在说明栏告知债务情况。	□ □	□ □	□ □
21 您固定的年收入为多少？ 来源：①工薪　②个体　③私营　④房屋出租　⑤证券投资　⑥银行利息　⑦其他_____	_____万元 序号_____	_____万元 序号_____	_____万元 序号_____
*22 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重大疾病险　③住院医疗险　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提出或已经得到理赔	□ □ 序号_____ 序号_____	□ □ 序号_____ 序号_____	□ □ 序号_____ 序号_____
23 您是否拥有以本人为被保人的失效寿险保单？如果“有”，请说明失效原因： ①经济困难　②资金周转不利或有其他投资　③转投其他险种　④认为投保不划算 ⑤遗忘续期交费日期或不熟悉交费方式　⑥其他_____	□ □ 序号_____	□ □ 序号_____	□ □ 序号_____

四、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（投保人、被保人、其他被保险人），在本栏中详细说明。

序号	告知对象	告　知　内　容
补充告知：		

五、声明及签名栏：

本人对上述各项内容均已理解并做出了相应的如实告知，本人同意将此申请书作为原保险合同的一部分，如果有告知不实，中国平安人寿保险股份有限公司（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。本人已知晓：一年期附加险的保险期间为一年，选择自动续保方式下，如果贵公司审核后同意续保、收取保险费后附加保险合同继续有效，如果贵公司审核后不同意续保、不再收取保险费，附加保险合同满期终止。如果本人决定终止续保，应于一年期附加险满期日前亲自办理或委托服务人员办理终止续保手续。本次健康告知的内容将作为贵公司对本人名下一年期短险续保条件的审核依据之一。本人授权贵公司可以从任何单位、组织和个人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。

投保人签名：　　被保险人/监护人签名：　　其他被保险人/监护人签名：

年　月　日　　年　月　日　　年　月　日