



最新个人资料通知书（指定产品专用）

友邦人寿

收件盖章



保险合同编号：	<input type="text"/>	签发保单机构：	<input type="text"/>
---------	----------------------	---------	----------------------

申请事项： <input type="checkbox"/> 恢复合同效力 <input type="checkbox"/> 其他(请填写变更申请项名称)	(以下申请请提供病历或检验报告) <input type="checkbox"/> 变更健康资料 <input type="checkbox"/> 取消额外加费 <input type="checkbox"/> 取消不承保事项
--	--

填写须知

若投保友邦安行无忧系列两全保险、友邦安孕保系列疾病保险、友邦守护丽人系列医疗保险、友邦守护宝贝系列医疗保险、友邦安享全佑恶性肿瘤疾病保险、友邦守护安康系列特种药品医疗保险、友邦康爱无忧医疗保险、友邦（附加）守护希望系列特药器械医疗保险、友邦如意悠享系列重大疾病保险、友邦（附加）双赢系列两全保险、友邦稳赢未来系列年金保险/终身寿险、友邦盈添利/利盈宝/利享宝/鸿丰宝/鸿盈宝两全保险（分红型）、友邦传世盈佳系列终身寿险（分红型）、友邦稳赢人生终身寿险（投资连结型）、友邦e安欣定期寿险（互联网专属）、友邦附加自在福护理保险、友邦友童无忧高端医疗保险的，申请上述事项时，请填写本通知书。**随上述保险产品同时投保其他保险产品的，不适用此版本，请使用通用版《最新个人资料通知书》办理。**

1) 请使用黑色、蓝色钢笔或签字笔在本次申请的项目前打“√”，使用正楷清晰、完整的填写您所申请的内容。申请内容不得涂改。2) 为维护您的权益，请勿在未经您填写的申请书上签名。签名前请再次核对新填写的内容。所有保险责任以合同所载为准，除由本公司经正式程序修改或批注之内容外，其他任何人的口头及书面陈述、报告或合约，本公司无需负责。3) 未标☆的问题如有任何答案为“是”者，请详细说明并提供相关资料；标☆的问题直接勾选答案。4) 申请人签名须为客户本人亲笔签名，并与原留存于本公司的签名样本一致。未成年被保险人须由其法定监护人代为签署。

个人信息（必填项）	被保险人信息	投保人信息
姓名		
1. a. 现从事职业、职务内容、职业代码。	a.	
b. 去年全年收入（包括基本工资、奖金、分红和红利）	b. 万元	万元
c. 服务单位（就读学校）名称。	c.	
d. 目前常住地址及户籍所在地。	d.	
2. 婚姻状况	<input type="checkbox"/> 单身 <input type="checkbox"/> 已婚	

被保险人告知事项及健康资料

是 否

A 若您投保友邦安行无忧系列两全保险、友邦安孕保系列疾病保险、友邦守护丽人系列医疗保险、友邦守护宝贝系列医疗保险、友邦安享全佑恶性肿瘤疾病保险、友邦守护安康系列特种药品医疗保险产品，请告知以下事项。若“否”，请跳至B。

A1	您是否拥有其他费用补偿型医疗保险？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A2	如投保友邦安行无忧两全保险，请告知以下事项： ☆1. 您是否现时已有生效或正申请投保其他保险公司的意外险，且含自驾车意外险保额累计大于200万？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A3	如投保友邦安行无忧（2020）/（2023）两全保险，请告知以下事项： ☆1. 您是否现时已有生效其他保险公司或正申请投保其他保险公司的人身保险保额累计大于300万，或自驾车意外险保额累计大于200万？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A4	如投保友邦安行无忧荣耀（2020）/（2023）两全保险，请告知以下事项： ☆1. 您是否现时已有生效其他保险公司或正申请投保其他保险公司的人身保险保额累计大于300万，或自驾车意外险保额累计大于200万？ 2. 您的人寿保险、意外伤害保险或健康保险的新单申请或复效申请是否曾被拒保、推迟、加费或作任何形式修改？ 3. 您是否曾向除本公司以外的其他保险公司提出过癌症、重疾或住院治疗的索赔申请？ 4. 您是否存在视力受损（含单侧）、听力受损（含单侧）或失明、失聪（耳聋）、失语、智力障碍？脊柱、胸廓、四肢或关节功能障碍？酒精滥用成瘾或药物依赖？ 5. 您目前或过去是否患有以下疾病：癫痫、重症肌无力、肌营养不良症、多发性硬化、帕金森氏综合症、肌肉萎缩、脊髓疾病、精神分裂症、痴呆症、视神经病变、高血压病（收缩压≥180mmHg或舒张压≥110mmHg）、风湿性心脏病、冠心病、心肌梗塞、主动脉血管瘤、心脏病、脑血管瘤、脑血管意外、血管畸形、肝硬化、尿毒症、糖尿病伴有并发症、恶性肿瘤（包括白血病、淋巴瘤）？	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A5	如投保友邦安孕保系列疾病保险，请告知以下事项： 1. a. 您是否正处于妊娠期？若是，怀孕_____周 b. 孕期检查（包括胎儿相关检查）是否发现异常（包括血压、尿液检查、血液检查、超声检查等）？ 2. 是否曾发生反复流产3次或以上、妊娠高血压、先兆子痫或子痫、妊娠糖尿病、胎盘早剥、葡萄胎等妊娠并发症？ 3. 您及配偶是否有先天性疾病、遗传性疾病，或以上疾病的家族史？您是否曾怀有或生育过患有先天性疾病的胎儿或孩子？ 4. 您的人寿保险、意外伤害保险或健康保险的新单申请或复效申请是否曾被拒保、推迟、加费或作任何形式修改？ 5. 您目前是否正在住院治疗或过往2年曾经住院治疗？	1a <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A5	6. 您是否曾患有或被告知患有以下疾病或因此而接受医疗咨询、诊查或治疗：心血管疾病、高血压、中风、慢性肺部疾病、癌症或任何肿瘤、糖尿病、肝脏疾病、肾脏疾病或生殖系统疾病、抑郁症、精神疾病、智能障碍、癫痫、艾滋病或艾滋病病毒携带、酒精或药物滥用成瘾、身体残障或畸形？	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A6	<p>如投保友邦守护丽人系列医疗保险，请告知以下事项：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 您目前或既往是否出现过下列情况：乳房肿块或结节、乳头异常溢液、糜烂或回缩、乳房表面皮肤凹陷、皱褶或皮肤收缩？ 2. 您的亲属（父母、兄弟姐妹）中是否有人在 60 岁前罹患乳腺癌？ 3. 您最近 2 年内是否做过下列检查（单项或多项）且发现有异常：肿瘤标志物*、病理活检、X 线、B 超、钼靶、CT、MRI、PET-CT？ 4. 您在投保恶性肿瘤类产品时是否曾被拒保、延期、加费或特约除外责任承保？ 5. 您目前或既往是否患有恶性肿瘤？是否曾接受过胸部放疗（任何原因导致）？ <p>注：肿瘤标志物*：又称肿瘤标记物，是指特征性存在于恶性肿瘤细胞，或由恶性肿瘤细胞异常产生的物质，或是宿主对肿瘤的刺激反应而产生的物质，并能反映肿瘤发生、发展，监测肿瘤对治疗反应的一类物质。如甲胎蛋白（AFP）、癌胚抗原（CEA）、癌抗原 125（CA125）、癌抗原 199（CA199）、绒毛膜促性腺激素（HCG）等。</p>	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A7	<p>如投保友邦守护宝贝系列医疗保险，请告知以下事项：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 您目前或既往是否出现过下列情况：不明原因的发热、头晕、反复感染、鼻出血、牙龈出血、皮肤瘀点瘀斑、紫癜、贫血、消瘦、肝或脾脏肿大、淋巴结肿大、身体包块或肿物、骨关节疼痛？ 2. 您是否曾因血液问题而接受过诊疗？是否被医生诊断或被怀疑罹患血液系统疾病？ 3. 您是否被医生建议需进行骨髓活检或/和进一步血液细胞学检查？ 4. 您过去五年内是否曾接触有害化学物质（如：杀虫剂，苯等工业化学物质）或放射性物质（不包括 X 线检查）？ 5. 您投保恶性肿瘤类产品时是否曾被拒保、延期、加费或特约除外责任承保？ ☆6. 您是否罹患以下疾病：恶性肿瘤、再生障碍性贫血、重度贫血、骨髓异常增生综合症？ ☆7. 您是否患有如下先天性或遗传性疾病：唐氏综合征，李-佛美尼综合症，维斯科特-奥尔德里奇综合征，布卢姆综合征？ ☆8. 您的亲属（父母、兄弟姐妹）中是否有人在 50 岁前罹患白血病？ ☆9. 您过去一年内在大陆境内居住时间是否 < 240 天/年？或是否正计划前往其他国家或海外地区长期居住（≥240 天/年）？ 	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A8	<p>如投保友邦安享全佑恶性肿瘤疾病保险，请告知以下事项：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 您现在或既往是否曾从事过以下职业：矿工、煤化工生产人员、沥青工、树脂工、铝制品工人、有机化学品（苯、多环芳香碳氢化合物）生产工人、焊接工、石棉制品工、化学溶剂（硫酸、盐酸、硝酸、磷酸、烧碱、纯碱）生产工人？ 2. 您的人寿保险、意外伤害保险或健康保险的新单申请或复效申请是否曾被拒保、推迟、加费或作任何形式修改？ 3. 您是否有 2 个以上的直系亲属（父母和兄弟姐妹）在 60 岁前被诊断患有恶性肿瘤或白血病？ 4. 您既往或目前是否发现有以下疾病或体征：慢性肝炎、肝硬化、慢性萎缩性胃炎、宫颈上皮内瘤变（CIN）、再生障碍性贫血、恶性肿瘤、白血病、甲状腺结节、乳房肿块、肺结节？ 5. 过去六个月内您是否有以下症状：进行性吞咽困难、咯血、呕血、黑便、不明原因持续发热、反复皮下出血、鼻出血、阴道异常出血、肿块，体重减少超过 5 公斤？ 6. 过去两年内您是否有做过下列检查并发现有异常的情况：肿瘤标志物、病理活检、X 线、B 超、钼靶、CT、MRI、PET-CT？ 7. 过去五年内您是否曾因疾病手术或住院治疗七天以上？ 	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A9	<p>如投保友邦守护安康系列特种药品医疗保险，请告知以下事项：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 您过去 2 年内是否被发现以下检查异常：肿瘤标志物*、超声、影像检查、内镜、组织或细胞病理检查？（注：肿瘤标志物*：甲胎蛋白（AFP）、癌胚抗原（CEA）、前列腺特异性抗原（PSA）、癌抗原 125（CA125）、癌抗原 199（CA199）、癌抗原 15-3（CA15-3）、癌抗原 50（CA50）、糖类抗原 242（CA242）、胃癌相关抗原（CA72-4）、铁蛋白（SF）、β2 微球蛋白（β2-MG）、神经元特异性烯醇化酶（NSE）、鳞状细胞癌抗原（SCCA）、核基质蛋白-22（NMP-22）、α-L-岩藻糖苷酶（AFU），人绒毛膜促性腺激素（HCG）。） 2. 您目前或过往是否被诊断患有以下疾病：恶性肿瘤（含原位癌）、癌前病变、类癌、乙型或丙型肝炎（含肝炎病毒携带者）、肝硬化、肠息肉、萎缩性胃炎、重型再障性贫血、原因不明的贫血、骨髓异常增生综合症、系统性红斑狼疮、艾滋病及 HIV 阳性？ 3. 您过去 2 年内是否存在下列症状：反复头痛、原因不明持续发热、持续性嘶哑、抽搐、不明原因出血、皮下出血点、咯血、反复呕吐、进食梗噎感或吞咽困难、呕血、浮肿、腹痛、黄疸、便血（不包括痔疮出血）、黑便、血尿、贫血、性质不明的肿块、包块、结节、囊肿、黑痣增大或淋巴结肿大、原因不明的骨关节疼痛、消瘦（非健身原因所致的体重减轻 5 公斤以上）？ 4. 您是否曾患有宫颈肿物或上皮内瘤样病变（III 级或以上）、畸胎瘤、葡萄胎、绒毛膜癌或其他滋养细胞疾病、阴道异常出血、乳房肿块、乳房皮肤或乳头有不明原因的凹陷、糜烂、回缩或溢液？ 5. 您是否吸烟每天大于 40 支？ 6. 您是否有 2 个或以上亲属（包括祖父母、外祖父母、父母、子女、兄弟姐妹）曾经患有或正患有肠息肉或同一种恶性肿瘤？ 7. 您是否曾因恶性肿瘤申请保险理赔或目前正在理赔申请中？ 	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	<p>若您投保友邦康爱无忧医疗保险、友邦（附加）守护希望系列特药器械医疗保险、友邦如意悠享系列重大疾病保险产品，请告知以下事项。若“否”，请跳至 C。</p>		
B1	<p>如投保友邦康爱无忧医疗保险、友邦（附加）守护希望系列特药器械医疗保险，请告知以下事项：</p> <ol style="list-style-type: none"> ☆1. 您现在或既往是否曾从事过以下职业：矿工、煤化工生产人员、沥青工、树脂工、铝制品工人、有机化学品（苯、多环芳香碳氢化合物）生产工人、焊接工、石棉制品工、化学溶剂（硫酸、盐酸、硝酸、磷酸、烧碱、纯碱）生产工人？ 2. 您的重大疾病保险、防癌险的新单申请或复效申请是否曾被拒保、推迟、加费或作任何形式修改？您是否申请过重大疾病保险、防癌险理赔？ 3. 您是否有 2 个以上的直系亲属（父母和兄弟姐妹）在 60 岁前被诊断患有恶性肿瘤或白血病？ 4. 您既往或目前是否发现有以下疾病或体征：慢性肝炎、肝硬化、慢性萎缩性胃炎、宫颈上皮内瘤变（CIN）、再生障碍性贫血、恶性肿瘤、原位癌、交界性肿瘤、白血病、甲状腺结节、乳房肿块、肺结节、重度贫血、骨髓异常增生综合症？ 5. 过去六个月内您是否有以下症状：进行性吞咽困难、咯血、呕血、黑便、不明原因持续发热、反复皮下出血、鼻出血、阴道异常出血、肿块、体重减少超过 5 公斤、淋巴结肿大、结节、息肉、黑痣增大、血尿？ 6. 过去两年内您是否有做过下列检查并发现有异常的情况：肿瘤标志物、病理活检、X 线、B 超、钼靶、CT、MRI、PET-CT、内镜检查？ 	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		是	否
B2	<p>如投保友邦如意悠享系列重大疾病保险，请告知以下事项：</p> <p>☆1. 过去6个月内，您是否曾被医生建议住院或手术（指传统的切除、内窥镜、微创治疗、冠状动脉搭桥、支架植入及球囊扩张等在内的介入治疗），或因检查异常被医生建议进一步行肿瘤标志物、CT、MRI、核素扫描、钼靶、PET-CT、血管造影、病理检查或活检、穿刺、内窥镜、肺功能的检查？</p> <p>☆2. 过去2年内，您是否接受过住院或手术（指传统的切除、内窥镜、微创治疗、冠状动脉搭桥、支架植入及球囊扩张等在内的介入治疗）？</p> <p>☆3. 过去5年内，您是否因恶性肿瘤（包括原位癌、癌症、白血病及其他血液系统肿瘤）被医生建议住院或手术？或您是否在过去5年内被诊断患下列一种或多种疾病：恶性肿瘤、心绞痛、心肌梗死、心脏瓣膜疾病、短暂性脑缺血发作、脑中风、脑肿瘤或脑血管畸形、阿尔茨海默病、帕金森病、失明、视神经病变、耳聋、慢性阻塞性肺病、肝硬化、慢性活动性病毒性肝炎、慢性肾功能不全、克罗恩病、溃疡性结肠炎、再生障碍性贫血、瘫痪、运动神经元病？</p>	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C	<p>若您投保友邦(附加)双赢系列两全保险、友邦稳赢未来系列年金保险/终身寿险、友邦盈添利/利盈宝/利享宝/鸿丰宝/鸿盈宝两全保险(分红型)产品，请告知以下事项。若“否”，请跳至D。</p>		
C1	1. 您是否已投保人身保险合同？若“是”，请详述： 被保险人：公司名称_____保险产品种类_____保险金额_____日期_____	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. 您的人寿保险、意外伤害保险或健康保险的新单申请或复效申请是否曾被拒保、推迟、加费或作任何形式修改？	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. 您是否正在或试图参加私人性质飞行，或携带氧气瓶潜水、或登山、或从事危险性的运动？ 若“是”，请填写相关问卷，连同此通知书一并交回本公司。	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. 您是否正计划前往其他国家或海外地区旅行，工作或居住；且持续时间超过三个月？若“是”，请详述时间及具体前往的国家/海外地区。	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5. a. 身高_____（厘米） b. 体重_____（公斤）		
C2	<p>如投保友邦(附加)双赢两全保险、友邦盈添利/利盈宝/利享宝/鸿丰宝/鸿盈宝两全保险(分红型)，请告知以下事项：</p> <p>1. 您是否正在或被医生建议进行检查、治疗或随诊，或者最近24个月内是否有连续服药超过14天，或最近5年内是否有因病连续住院超过10天？</p> <p>2. 您是否曾被诊断患有以下疾病：癌症、任何结节、增生或肿瘤、中风、血压异常、胆固醇升高、心脏病或心肌梗塞、糖尿病、肾脏疾病、呼吸系统疾病、神经系统疾病(包括癫痫)、消化系统疾病、血液系统疾病(包括白血病)、肝脏疾病(包括肝炎)、精神疾病、是否有任何身体的缺陷或残疾，或任何影响运动、视力、听力或语言能力的身体残疾或疾病。</p>	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C3	<p>如投保友邦稳赢未来系列年金保险/终身寿险，请告知以下事项：</p> <p>1. 过去一年体重是否有5公斤及以上的减少？</p> <p>2. 您是否正在或被医生建议进行检查、治疗或随诊，或者最近24个月内是否有连续服药超过14天，或最近5年内是否有因病连续住院超过10天？</p> <p>3. 您是否曾被诊断患有以下疾病：癌症、任何结节、增生或肿瘤、中风、血压异常、胆固醇升高、心脏病或心肌梗塞、糖尿病、肾脏疾病、呼吸系统疾病、神经系统疾病(包括癫痫)、消化系统疾病、血液系统疾病(包括白血病)、肝脏疾病(包括肝炎)、精神疾病、是否有任何身体的缺陷或残疾，或任何影响运动、视力、听力或语言能力的身体残疾或疾病？</p> <p>4. 您是否拥有其他费用补偿型医疗保险？</p>	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D	若您投保友邦传世盈佳系列终身寿险(分红型)、友邦稳赢人生终身寿险(投资连结型)产品，请告知以下事项。若“否”，请跳至E。		
D1	1. 您的人寿保险、意外伤害保险或健康保险的新单申请或复效申请是否曾被拒保、推迟承保、加费或作任何形式修改？或您是否曾提出过重大疾病及恶性肿瘤、伤残、或住院医疗的索赔申请？	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. 您目前或过去是否患有以下疾病：恶性肿瘤、淋巴瘤、白血病、高血压病(收缩压 ≥ 160 mmHg或舒张压 ≥ 100 mmHg)、糖尿病伴有并发症、冠心病、心肌梗塞、风湿性心脏病、主动脉血管瘤、心肌病、肺心病、脑中风、脑血管瘤、呼吸衰竭、肝硬化、慢性肾炎、肾病综合征、肾功能不全、尿毒症、系统性红斑狼疮、再生障碍性贫血、重症肌无力、多发性硬化、瘫痪、身体残疾或功能障碍、癫痫、帕金森氏综合症、精神分裂症、焦虑症、情感障碍、抑郁症、痴呆症、阿尔茨海默病、智力障碍、接受器官移植、艾滋病或病毒携带？	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D2	<p>如投保友邦稳赢人生终身寿险(投资连结型)，请告知以下事项：</p> <p>1. 您是否已投保人身保险合同？若“是”，请详述： 被保险人：公司名称_____保险产品种类_____保险金额_____日期_____</p>	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D2	2. 您是否正在或试图参加私人性质飞行，或携带氧气瓶潜水、或登山、或从事危险性的运动？ 若“是”，请填写相关问卷，连同此通知书一并交回本公司。	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. 您是否正计划前往其他国家或海外地区旅行，工作或居住；且持续时间超过三个月？若“是”，请详述时间及具体前往的国家/海外地区。	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. a. 身高_____（厘米） b. 体重_____（公斤）		
E	若您投保友邦e安欣定期寿险(互联网专属)产品，请告知以下事项。若“否”，请跳至F。		
E	1. 被保险人BMI(体重kg \div 身高m \div 身高m)是否 ≥ 33 或 ≤ 16	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. 被保险人的人寿保险、意外伤害保险的新单申请或复效申请是否曾被拒保、推迟？是否曾申请或已获得癌症或重大疾病保险理赔？	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. 被保险人是否正在或试图参加私人性质飞行，或携带氧气瓶潜水、或登山、或从事危险性的运动？	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		是	否
E	4. 被保险人目前或过去是否患有以下疾病或就医行为： 【就医行为】 最近2年内是否曾单次住院达7天及以上（剖腹产、门诊手术除外），或曾被医生建议手术或住院治疗？ 【疾病或症状】 癫痫、重症肌无力、多发性硬化、帕金森氏综合症、精神分裂症、焦虑症、情感障碍、抑郁症、痴呆症、高血压病（收缩压≥160mmHg或舒张压≥100mmHg）、风湿性心脏病、冠心病、心肌梗塞、主动脉搏管瘤、心肌病、脑血管瘤、脑血管意外、呼吸衰竭、肺心病、肝硬化、慢性肾炎、肾病综合征、肾功能不全、尿毒症、糖尿病及其并发症、恶性肿瘤、白血病、淋巴瘤、系统性红斑狼疮、再生障碍性贫血、阿尔茨海默病、瘫痪、智力障碍、接受器官移植、先天性疾病、艾滋病患者或病毒携带者、曾经或正在吸毒？是否存在身体残疾、瘫痪、失明或功能障碍？	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5. 被保险人正在申请或已生效的寿险累计保额是否大于500万？	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F 若您投保**友邦附加自在福护理保险**产品，请告知以下事项。若“否”，请跳至G。

F	1. 被保险人过去2年内是否因记忆力持续减退、认知障碍、言语障碍、行为异常、静止性震颤、肌力异常、运动迟缓、酗酒或酒精成瘾、肌强直就诊，或接受检查或被医生建议接受检查？	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. 被保险人是否患有或被告知患有下述疾病或症状、或因此接受或被建议治疗：糖尿病、2级及以上高血压（或无论是否服药，收缩压≥160mmHg或舒张压≥100mmHg）、脑中风、短暂性脑缺血发作、痴呆症、脑或脊髓肿瘤、脊髓脓肿或感染、脑炎或脑膜炎、肌肉萎缩、肌营养不良、运动神经元病、多发性硬化、阿尔茨海默病、帕金森病、心肌梗死、心绞痛、心房颤动、认知障碍、慢性肾功能不全、精神疾病、偏瘫或瘫痪？	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G 若您投保**友邦友童无忧高端医疗**产品，请告知以下事项。若“否”，请跳至G。

G1	1. 被保险人是否目前或曾经患以下疾病？或由于以下任何原因被建议接受治疗或观察？ 1) 心脏瓣膜病、房间隔或室间隔缺损、动脉导管未闭、卵圆孔未闭、川崎病、法洛四联症、（心脏、主动脉、脑部的）动脉瘤或动脉血管畸形、脑膜炎、脑炎、脑中风、新生儿脑病、脑瘫 2) 白血病、地中海贫血、血友病、紫癜、蚕豆病（G6PD缺乏症）、系统性红斑狼疮、类风湿性关节炎、肾炎、糖尿病、艾滋病及HIV阳性、乙肝病毒携带（乙肝表面抗原阳性）、乙肝小三阳、乙肝大三阳、慢性活动性肝炎 3) 先天性疾病、遗传性疾病、遗传疾病家族史、马凡氏综合征、唐氏综合征、隐性脊柱裂、染色体异常、发育异常、矮小症、小儿麻痹症、瘫痪、任何生理缺陷或畸形 4) 恶性肿瘤（包括原位癌、交界性肿瘤）、何杰金氏病（霍奇金淋巴瘤）、良性肿瘤、尚未证实为良性或恶性的肿瘤 5) 精神分裂症、癫痫、抽动症、自闭症、高热惊厥	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	G2	2. 三周岁以下(含三周岁)被保险人是否存在：出生后尚未健康出院、出生时体重低于2.5公斤(双胞胎低于2公斤)、出生时有早产(妊娠周数小于36周)、出生时有产伤或窒息缺氧史、新生儿期（出生后第一个月内）住院时间超过7天。	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

上述未标☆的问题如有任何答案为“是”者，请详细说明并提供相关资料：

声明及授权同意书：

- 本人勾选以上申请事项，并认同本申请书上所申请事项相关的内容，同时知晓所申请的事项须经签发保单机构（以下简称贵公司）同意批准后方可生效，其生效日以贵公司批注文件所载的批准变更生效日为准。本申请书与本申请有关之各份问卷及文件，对贵公司之各项声明、陈述完全确实无误，并成为贵公司续发保险合同或保险合同批注之依据。如上述资料不属实并影响贵公司决定是否承保，除法律另有规定外，则任何根据此申请书所续发之保险合同或保险合同批注无效。本人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，就有关保险事宜，查询、拷贝有关投保人、被保险人及受益人的资料或索取其它有关证明文件。
- 贵公司须遵守或同意遵守相关法律、法规、监管规定或其他要求（以下简称“报告要求”）。因此，本人/我们同意并授权贵公司基于上述报告要求将本人/我们的个人信息或资料（包括但不限于投保单签署之前提供的以及本人接受贵公司各项服务时所产生的与保险合同事宜有关的信息或资料）提供及披露予任何政府部门、监管机构或/或第三方。同时，本人/我们同意贵公司持有、使用本人/我们所提供的个人信息或资料，并授权贵公司在所适用的法律允许的情况下，将该个人信息或资料提供及披露予与贵公司有关联的个人或组织或任何被选择的境内外第三方，用以处理保险申请、提供客户服务及推荐产品和服务、处理核保、理赔、调查等相关保险业务活动或用于公益目的等。本人/我们理解该个人信息或资料包括 i) 投保人、被保险人、及受益人（以下简称“相关方”）的个人信息或资料；ii) 保单的相关信息；及 iii) 相关方所持有的其他保单的相关信息。有关前述信息或资料之提供及披露，可能包含境外之提供及披露。本人/我们理解，若本人/我们不同意贵公司提供及披露前述之信息或资料，则贵公司不会向本人/我们销售任何保险产品或提供任何服务。

请您确认本申请书中所有内容填写完整后签名，签名前请仔细阅读所附变更声明事项及填写须知。

申请人	见证人声明：本人证明已核对了申请人的有效身份证件或者其他身份证明文件，确认申请人的身份。	见证人 <input type="checkbox"/> 保险营销员/销售人员（编号：_____） <input type="checkbox"/> 银保经办人/银行销售人员 <input type="checkbox"/> 客服 <input type="checkbox"/> 其他_____	_____年____月____日	见证人签名
	投保人签名		被保险人/监护人签名	