最新个人资料通知书

友邦人寿

收件盖章

保险合同编号：

签发保单机构：

申请事项：☐恢复合同效力
☐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)
☐变更健康资料 ☐取消额外加费 ☐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、友邦盈添利两全保险（分红型），请填写《最新个人资料通知书》（指定产品专用）版。若投保其他产品或随上述保险产品同时投保其他保险产品的，请使用此版本办理。**

1. 除第 1 条所列产品外，申请上述事项时，须填写本通知书。若被保险人与投保人为同一人，则 A、B 项中“投保人适用栏”可免填。
2. 若投保人申请特定附加合同并作为被保险人，本次申请变更的，须填写 A、B 项中 “投保人适用”栏。若投保人的配偶一同申请特定附加合同并作为被保险人时，本次一同申请变更的，须作为“被保险人”身份另行填写一份。
3. 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)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 (被保险人/投保人配偶适用)	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。 d. 目前常住地址及户籍所在地。	c. d.	
2. 婚姻状况	☐单身 ☐已婚	☐单身 ☐已婚

A. 被保险人及投保人告知事项

	被保险人/投保人配偶适用		投保人适用	
	是	否	是	否
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_____ 投 保 人：公司名称_____保险产品种类_____保险金额_____日期_____	1 ☐	☐	☐	☐
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 ☐	☐	☐	☐
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、伤残或住院医疗的索赔申请？	3 ☐	☐	☐	☐
4. a. 您(被保险人)是否拥有公费医疗或基本医疗保险？ (若此次未申请费用补偿型医疗保险，免填本栏。) (基本医疗保险指城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保障项目)	4a☐	☐		
4. b. 您(被保险人)是否拥有其他商业保险公司提供的费用补偿型医疗保险？ (若此次未申请费用补偿型医疗保险，免填本栏。)	4b☐	☐		
5. 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”，请填妥相关问卷，连同此通知书一并交回本公司。	5 ☐	☐	☐	☐
6. 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。	6 ☐	☐	☐	☐
上述问题中如有任何答案为“是”者，请说明：				

B. 被保险人及投保人健康资料

被保险人/投保人配偶	投保人
1. a. 身高：_____厘米 b. 体重：_____公斤	a. 身高：_____厘米 b. 体重：_____公斤

	被保险人/投保人配偶适用		投保人适用	
	是	否	是	否
2. 四岁以下（含四岁）儿童： a. 是否为低体重儿（出生时体重为 2.5 公斤以下）或早产儿？出生时候是否曾有产伤、窒息等异常情况？ 如是，出生体重_____公斤，怀孕_____周出生，住院_____天，住院诊断_____	2a ☐	☐		
b. 是否有畸形、发育迟缓、惊厥、抽搐、脑瘫、智能障碍、先天性和遗传性疾病？	2b ☐	☐		
3. 过去三年是否曾 a. 接受医学检查(含健康体检)？如血检、肿瘤标志物、X 光、超声波、心电图、CT、PET-CT、核磁共振、核素扫描、内窥镜、病理检查、脑电图、心血管造影等 b. 接受手术、住院治疗？接受诊疗持续超过 7 天以上？	3a ☐ 3b ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
4. 目前或过去一年内是否曾有下列症状或异常情况？或曾因此而就诊？ 反复头晕、反复头痛、晕厥、胸闷、胸痛、气急、紫绀、不明原因发热或持续反复发热、抽搐、不明原因皮下出血、齿龈出血或鼻出血、咯血、进食梗噎感或吞咽困难、呕血、浮肿、黄疸、便血、血尿、蛋白尿、肿块、视力或听力明显下降、不明原因的声嘶、血糖异常、血压异常？过去三个月内体重有 5 公斤及以上的减少（不包括怀孕分娩）？	4 ☐	☐	☐	☐
5. 是否正在接受或准备接受药物治疗、手术、放疗、心理治疗、透析治疗？	5a ☐	☐	☐	☐

	被保险人/投保人配偶适用		投保人适用	
	是	否	是	否
6. 是否有身体残障状况 a. 四肢、五官、手指、足趾缺损或畸形？ b. 视力、听力、语言能力或智力障碍？ c. 脊柱、胸廓、四肢或关节功能障碍？	6a ☐ 6b ☐ 6c ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐
7. 是否目前或过去患有下列疾病：				
a. 神经精神类疾病，如：癫痫、重症肌无力、肌营养不良症、多发性硬化症、帕金森氏综合症、肌肉萎缩、脊髓疾病、精神分裂症、焦虑症、情感障碍、抑郁症、痴呆症	7a ☐	☐	☐	☐
b. 五官科疾病，如：视网膜出血或剥离、视神经病变、虹膜睫状体炎、青光眼、白内障、失明、高度近视 800 度以上、眼底病变、中耳炎、耳聋、鼻窦炎、美尼尔病	7b ☐	☐	☐	☐
c. 呼吸系统疾病，如：慢性支气管炎、哮喘、睡眠呼吸暂停综合征、肺脓肿、肺栓塞、胸膜炎、肺气肿、支气管扩张、肺纤维化、肺结核、尘肺、矽肺、肺结节	7c ☐	☐	☐	☐
d. 心脑及血管性疾病，如：高血压病、缩窄性心包炎、心内膜炎、风湿性心脏病、先天性心脏病、缺血性心脏病、冠心病、心绞痛、心肌梗塞、心肌肥厚、主动脉血管瘤、心律失常、心肌病、脑血管瘤、脑血管意外、脑炎、脑膜炎、血管畸形、血管瘤、下肢静脉曲张？	7d ☐	☐	☐	☐
e. 消化系统疾病，如：肝炎病毒携带者、肝硬化、肝脓肿、肝内结石、肝炎、肝脾肿大、脂肪肝、肝吸虫感染、胆囊炎、胆结石、化脓性胆管炎、消化道溃疡、出血及穿孔、溃疡性结肠炎、胰腺炎、肛管疾病、疝气	7e ☐	☐	☐	☐
f. 泌尿系统疾病，如：肾炎、肾病综合征、肾功能异常、尿毒症、肾囊肿、肾积水、尿路结石、尿路畸形	7f ☐	☐	☐	☐
g. 内分泌系统疾病，如：糖尿病、痛风、肢端肥大症、垂体机能亢进或减退、甲状腺或甲状旁腺机能亢进或减退、甲状腺结节、肾上腺机能亢进或减退	7g ☐	☐	☐	☐
h. 恶性肿瘤（含原位癌）、交界性肿瘤、或尚未证实为良性或恶性的肿瘤、息肉、囊肿、赘生物、结节	7h ☐	☐	☐	☐
i. 血液系统疾病，如：血友病、白血病、各类贫血、血小板减少	7i ☐	☐	☐	☐
j. 风湿免疫性疾病，如：风湿性关节炎、类风湿性关节炎、强直性脊柱炎、系统性红斑狼疮、胶原症、硬皮病	7j ☐	☐	☐	☐
k. 骨骼系统疾病,如：骨关节畸形、关节功能异常、双侧肢体不对称、股骨头坏死、颈椎病、腰椎病、脊柱疾病	7k ☐	☐	☐	☐
l. 性病、酒精或药物依赖	7l ☐	☐	☐	☐
8. 您或您的配偶/父母是否曾接受或试图接受与艾滋病（AIDS）有关的医疗咨询、检验或治疗？或是否曾在过去 6 个月内持续一 周以上有下列症状：体重下降、食欲不振、盗汗、腹泻、淋巴结肿大及皮肤溃疡？	8 ☐	☐	☐	☐
9. 您的亲属(父母、兄弟姐妹)是否曾患有或正患有心脏病、多囊肾、肠息肉、糖尿病、癌症？若“是”，请具体说明（包括关系、疾病名称及患病年龄）	9 ☐	☐	☐	☐
10. 成人适用: a. 是否吸烟或曾吸烟？ 若“是”， 吸烟_____年，_____支/天； 若现已停止吸烟，停止吸烟原因及时间_____ b. 是否或曾有饮酒的习惯（不包括偶尔社交饮酒）？ 若“是”，请具体告知 饮酒 _____年，种类 _____，数量 _____（两 / 周） 若现已停止饮酒， 停止饮酒原因及时间_____ c. 是否曾接到医生对您饮酒、吸烟的建议和警告?	10a☐ 10b☐ 10c☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐
11. 成年女性适用: a. 您是否正处于妊娠期？若“是”，妊娠_____周 b. 患有乳腺炎、乳房肿块、子宫内膜异位症、子宫肌瘤、卵巢囊肿、阴道异常出血或其他生殖器官疾病？ c. 曾被建议重复宫颈涂片检查、乳房检查、乳房 X 光或活体检查？	11a☐ 11b☐ 11c☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐
上述问题中如有任何答案为“是”者，请说明：				

声明及授权同意书：

1. 本人勾选以上申请事项，并认同本申请书上与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，并成为贵公司缮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缮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。
2. 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、监管机构和/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。

签名前请仔细阅读所附变更声明事项及填写须知。

申请人	_____ 投保人签名	_____ 被保险人/监护人签名	_____年____月____日 签署日期
见证人	见证人声明：本人证明已核实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。 ☐保险营销员/销售人员（编号：_____） ☐银保经办人/银行销售人员 ☐客服 ☐其他_____		_____ 见证人签名

[AIA – INTERNAL]