



# 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：

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

投保产品为友邦康爱无忧医疗保险、友邦附加守护希望特药器械医疗保险、友邦安行无忧系列产品、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、友邦附加双赢两全保险，申请上述事项时，请填写本通知书。除☆标问题以外，如有任何答案为“是”者，请详细说明并提供相关资料。除以上所产品外，其他产品不适用此版本。

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	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
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	<input type="checkbox"/> 单身 <input type="checkbox"/> 已婚

### A. 被保险人告知事项及健康资料（友邦康爱无忧医疗保险/友邦附加守护希望特药器械医疗保险产品专用）

☆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？	1 是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
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？	2 是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
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？	3 是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
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？	4 是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
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？	5 是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
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？	6 是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>

### B. 被保险人告知事项（友邦安行无忧系列产品专用）

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？	1 是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
如投保友邦安行无忧（2020）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？	1 是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
如投保友邦安行无忧荣耀（2020）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？	1 是 <input type="checkbox"/>	否 <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 是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
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？	3 是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
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？	3 是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
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、心肌病、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）？	4 是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
	5 是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>

### C. 被保险人告知事项（友邦安孕保系列疾病保险产品专用）

1. 您目前是否怀孕？若是，怀孕_____周	1 是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
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）？	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
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？	2 是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
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？	3 是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
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？	4 是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
5. 您目前是否正在住院治疗或过往 2 年曾经住院治疗？	5 是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>

6. 您是否曾患有或被告知患有下列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？	6 是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
--	------------------------------	----------------------------

D. 被保险人告知事项及健康资料（友邦守护丽人系列医疗保险产品专用）

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？	1 是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
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？	2 是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
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？	3 是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
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？	4 是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
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）？	5 是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
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。		

E. 被保险人告知事项及健康资料（友邦守护宝贝系列医疗保险产品专用）

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？	1 是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
2. 您是否曾因血液问题而接受过治疗？是否被医生诊断或被怀疑罹患血液系统疾病？	2 是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
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？	3 是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
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）？	4 是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
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？	5 是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
☆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？	6 是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
☆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？	7 是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
☆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？	8 是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
☆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）？	9 是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>

F. 被保险人告知事项及健康资料（友邦附加双赢两全保险产品专用）

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 是 <input type="checkbox"/>	否 <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 是 <input type="checkbox"/>	否 <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”，请填写妥相关问卷，连同此投保单一并交回本公司。	3 是 <input type="checkbox"/>	否 <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 是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
5. a. 身高 _____（厘米） b. 体重 _____（公斤）		
6. 您是否正在或被医生建议进行检查、治疗或随访，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？	6 是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
7. 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；	7 是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>

上述除☆标问题以外，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）同意批准生效后，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。
- 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、监管机构及/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	_____ 申请日期(签署日期)	_____ 年____月____日	_____ 见证人	见证人/保险营销员声明：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/保险营销员/经办人签名	_____ 保险营销员/经办人编号
-----	----------------	---------------------	---------------------	----------------------	--------------	--	----------------------