



d. 血管畸形、脑动脉血管瘤、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	B6d	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. 慢性支气管炎、哮喘、肺脓肿、肺栓塞、胸膜炎、肺气肿、支气管扩张、肺结核、尘肺、矽肺	B6e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. 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、心肌梗塞、心肌肥厚、主动脉血管瘤、脑血管意外、心律失常、心脏病	B6f	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. 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	B6g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. 肾炎、肾病综合征、肾功能异常、尿毒症、肾囊肿、肾下垂、尿路结石、尿路畸形	B6h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. 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等内分泌系统疾病	B6i	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. 恶性肿瘤、或尚未证实为良性或恶性的肿瘤、息肉、囊肿、赘生物	B6j	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. 血友病、白血病、各类贫血、紫癜及其它各种类型的血液系统疾病、被建议不宜献血	B6k	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. 风湿性关节炎、类风湿性关节炎、系统性红斑狼疮、胶原症、硬皮病及其他自身免疫性疾病	B6l	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. 胸、颈、腰椎骨疾病及其它骨骼系统疾病	B6m	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. 性病、酒精或药物滥用成瘾、各种眩晕症	B6n	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. 是否还有其它以上未提及的疾病及症候	B6o	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 您或您的配偶/父母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。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	B7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. a. 您的家属(父母、兄弟姐妹)曾患有或正患有心脏病、多囊肾、肠息肉、糖尿病、癌症	B8a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 您的直系亲属中是否有60岁前因疾病去世的,若“是”,请说明原因	B8b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 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_____	B9a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 是否饮酒或曾饮酒,若“是”,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_____	B9b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 是否曾接到医生对您饮酒、吸烟的建议和警告?	B9c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 成年女性适用:					
a. 您是否正处于妊娠期?若“是”,妊娠____周	B10a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 患有乳腺炎、乳房肿块、子宫内腺异位症、子宫肌瘤、卵巢囊肿、阴道异常出血、性传播疾病或其他生殖器官疾病	B10b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	B10c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. 家庭成员中是否有人患过乳腺癌	B10d	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
上述问题中如有任何答案为“是”者,请说明:					

**C. 被保险人告知事项 (“友邦安孕保疾病保险”专用)**

1. 您目前是否怀孕?若是,怀孕____周 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)?	C1	<input type="checkbox"/>	<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?	C1	<input type="checkbox"/>	<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?	C1	<input type="checkbox"/>	<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?	C1	<input type="checkbox"/>	<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?	C1	<input type="checkbox"/>	<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?	C1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
上述问题中如有任何答案为“是”者,请说明:				

**声明及同意书:**

- 本通知书、与本通知书有关之各份问卷及文件,对签发保单公司(以下简称“贵公司”)委派的体检医生之各项声明与陈述均确实无误,并成为贵公司审核本保险合同恢复效力、增加保险金额等变更之依据。如上述资料不属实且对贵公司作出承保决定有影响的,除法律另有规定外,则任何根据该资料所签发保险合同将作解除处理。
- 即使本人已支付部分或全部初单变更费用,本变更申请仍未生效,只有在贵公司依据本通知书批准或签发有关保险合同批注及保险合同,且在送交保险合同批注或保险合同时本人身体仍为健康的前提下,本变更申请才生效,生效日以保险合同批注上所载批准变更生效日期为准。
- 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。

**为维护您的权益,请勿在空白之“最新个人资料通知书”上签名,签名前请再次核对所填写的资料。申请人签名须为客户本人亲笔签名,并于原留存于本公司的签名样本一致。未成年人须由其法定监护人代为签署。**

申 请 人	_____	见 证 人	_____	
	投保人签名		被保险人/监护人签名	_____
			见证人/保险营销员/经办人签名	保险营销员/经办人编号