百年人寿 启行工程

百年人寿保险股份有限公司
AEON LIFE INSURANCE COMPANY, Ltd

单证编码：FYY808801
版本：V5.0
版本时间：2025年12月

健康、财务及其他告知

保险合同号码：

一、填写说明：请用黑色钢笔或黑色签字笔在对应的“□”内打“✓”，并用正楷填写告知内容。

二、健康告知：

询　问　事　项	投保人 是 否	被保险人1 是 否	被保险人2 是 否
1．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。	□ □	□ □	□ □
2．A．您是否目前吸烟或曾经吸烟？若“是”，请告知每日吸烟量和吸烟年限。若“是”请针对B项勾选。 B．您是否已戒烟？若“是”，请在说明栏中告知戒烟时间及戒烟原因。	□ □ 支/天　年 □ □	□ □ 支/天　年 □ □	□ □ 支/天　年 □ □
3．A．您是否目前饮酒或曾经饮酒？若“是”，请告知每周饮酒量和饮酒年限。若“是”请针对B、C项回答、勾选。 B．酒的种类有：①啤酒；②葡萄酒；③黄酒；④白酒或洋酒；⑤其他 _____。（一两=50mL） C．您是否现已停止饮酒？若“是”，请在说明栏中告知时间及原因。	□ □ 种类： mL/周　年 □ □	□ □ 种类： mL/周　年 □ □	□ □ 种类： mL/周　年 □ □
4．原保单生效日起至今是否接受X光、CT、MRI（核磁共振）、心电图、活体检查、血液或尿液化验、超声波、内窥镜等检查或其他特殊检查？	□ □	□ □	□ □
5．原保单生效日起至今是否接受门诊诊疗、外科手术、住院治疗？（包括入住疗养院、康复医院等医疗机构）	□ □	□ □	□ □
6．原保单生效日起至今是否有新发或以往既有以下症状？ 反复头痛或眩晕、晕厥、咯血、胸痛、呼吸困难、呕血、黄疸、便血、听力下降、食欲不振、耳鸣、复视、视力明显下降、原因不明的皮肤和粘膜及齿龈出血、原因不明的发热、体重下降超过5公斤、原因不明的肌肉萎缩、原因不明的包块或肿物、身体的其他感觉异常或活动障碍。	□ □	□ □	□ □
7．原保单生效日起至今是否患有以下疾病？若“是”，请在说明栏告知。 心血管疾病，脑、神经系统及精神方面疾病，血液系统疾病，内分泌系统疾病，消化系统疾病，呼吸系统疾病，泌尿系统疾病，骨骼、肌肉、结缔组织疾病，五官科疾病，皮肤疾病，性传播疾病，生殖器官疾病，艾滋病，艾滋病病毒携带，肿瘤，以上未提及的疾病、手术、外伤。	□ □	□ □	□ □
8．您是否曾经服用毒品、麻醉剂及其他违禁药物？是否有药物依赖或接受过戒毒治疗？	□ □	□ □	□ □
9．您是否有智能障碍？是否有视力、听力、嗅觉或语言等障碍？是否有身体部位缺损、残疾或功能障碍？ 若“是”，请在说明栏说明智能障碍等级；残缺部位（哪侧）、原因、有无功能障碍、是否使用辅助器械。	□ □	□ □	□ □
10．女性补充告知： A．您是否目前怀孕或分娩后4周内？若“是”，怀孕____周或分娩后____周。 B．您是否怀孕及生产期间有合并症？例如：蛋白尿、高血压、糖尿病、宫外孕等。 C．您是否曾有子宫内膜异位症、阴道异常出血、子宫肌瘤、子宫颈刮片检查异常、卵巢囊肿、盆腔炎及其他子宫、卵巢的疾病？您是否患有乳腺炎、乳腺肿瘤、乳腺肿块及其他乳腺疾病？	□ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □
11．请告知目前投保人身高___厘米，体重___公斤；被保险人1身高___厘米，体重___公斤；被保险人2身高___厘米，体重___公斤。			

三、财务及其他告知

询　问　事　项	投保人 是 否	被保险人1 是 否	被保险人2 是 否
12．您固定的年收入为人民币多少万元（税后）？ 主要收入来源：①工薪；②私营；③证券投资；④银行利息；⑤房屋租赁；⑥其他 _____。	万 序号：	万 序号：	万 序号：
13．A．您是否有机动车驾驶执照(摩托车驾照除外)？若“有”，请告知驾照类型。 投保人 _____；被保险人1 _____；被保险人2 _____。 B．您是否有摩托车驾照？ C．您是否曾违章驾车并发生交通事故？若“是”，请在说明栏中告知次数、时间、违章类型。	□ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □
14．目前您的职业有无改变？（如“有”，请先办理职业变更）	□ □	□ □	□ □
15．您是否有参加赛车、赛马、搏击类运动、攀岩、潜水、滑雪、蹦极、飞行、探险或特技活动及其他高风险活动的爱好？若“是”，请在说明栏中告知参加的项目以及每年参加的次数。	□ □	□ □	□ □
16．A．在过去的两年中，您是否在本地以外的国家或地区（包括境外或外地）连续居住超过三个月？ 若“是”，投保人居住的国家或地区 _____，居住时间_____个月。 若“是”，被保险人1居住的国家或地区 _____，居住时间_____个月。 若“是”，被保险人2居住的国家或地区 _____，居住时间_____个月。 B．近一年内，您是否计划出国？ 若“是”，投保人计划去的国家或地区_____，目的_____，居住时间_____。 若“是”，被保险人1计划去的国家或地区 _____，目的_____，居住时间_____。 若“是”，被保险人2计划去的国家或地区 _____，目的_____，居住时间_____。	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □
17．您在其他保险公司的投保申请是否曾被拒保、延期、附加条件、加费或作任何形式的修改？	□ □	□ □	□ □
18．您是否曾经向任何保险公司提出索赔申请？若“是”，请在说明栏详述事故原因以及索赔结果。	□ □	□ □	□ □

四、说明栏：上述询问事项，如果答复“有”或“是”时，请注明序号及告知对象（投保人、被保险人1、被保险人2）在本栏目中说明，如果有诊治，请告知原因、日期、疾病名称、医院名称及诊治结果；如果有负债，请告知债务情况。

序号	说明对象	说　明　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，百年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：对于一年期险种，在选择自动申请续保方式下，每次续保时贵公司须进行审核，贵公司审核通过，同意续保并收取续期保险费后该险种的保险合同才继续有效。若险种条款中有保证续保条款，贵公司将按照条款约定给予保证续保。若本人决定终止续保，应于一年期险种满期日前办理终止续保手续。本次健康告知的内容将作为贵公司对本人名下一年期险种续保条件的审核依据之一。本人已知晓保单复效后的等待期将重新计算，等待期内贵公司不承担保险责任，等待期的期限及具体规则以对应保险产品条款为准。

投保人亲自签名：　　年　月　日

被保险人1/监护人亲自签名：　　年　月　日

被保险人2/监护人亲自签名：　　年　月　日