附件6

**团体健康告知书**

**投保单位名称： 律师事务所**

|  |
| --- |
| 针对我公司于\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日提交的投保申请进行告知说明。 |
| 1. 是否有被保险人参加社会医疗保险？如“是”，参加人数：□全部 □部分 人**(投保医疗类险种时填写)** | □是 □否 |
| 2. 是否有被保险人曾经或正在接受手术或住院治疗？如“是”，请填写手术时间/住院时间、疾病及效果等内容，请在下方统一说明。**(投保医疗类险种时填写)** | □是 □否 |
| 手术时间/住院时间 | 手术/住院所患疾病 | 治疗效果 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 3. 是否有因患病或健康原因导致连续12天（含）以上不能正常工作或减轻劳动量的被保险人？是否有身体残障的被保险人？如“是”请告知人数、被保险人姓名、疾病名称及简要情况，请在下方统一说明。 | □是 □否 |
| 4. 现在或过去有无患肿瘤、心肌梗塞、白血病、肝硬化、脑血管硬化、冠心病、风湿性心脏病、高血压、糖尿病、中慢性肾功能衰竭、再生障碍性贫血、血友病、红斑狼疮或其他结缔组织疾病、先天性畸形、变形或染色体异常、先天性缺陷、帕金森症、精神病、癫痫、法定传染病、艾滋病(AIDS)或感染艾滋病病毒（HIV）等病症的被保险人？如“是”请告知人数、被保险人姓名、疾病名称及简要情况，请在下方统一说明。 | □是 □否 |
| 5. 过去两年中是否有被保险人死亡或伤残？如“是”请填写下表 | □是 □否 |
|  　 年 | 疾病死亡人数： | 意外死亡人数： | 残疾人数： | 住院治疗人数： |
|  　 年 | 疾病死亡人数： | 意外死亡人数： | 残疾人数： | 住院治疗人数： |
| 6. 是否有被保险人曾投保或正申请任何其他团体意外险、定期寿险？如“是”请告知投保险种情况及过去一年内的理赔情况，请在下方统一说明。 | □是 □否 |
| 7. 过去两年内是否曾被保险公司或机构解除合同或申请投保人身保险未被接受、延期或者附加条件承保？如“是”请告知详情。 | □是 □否 |
| 8 .被保险人中是否有外籍人士、异地成员或即将赴异地工作的情况？如“是”请告知人数、被保险人姓名及简要情况。如客户所赴地区赴非洲、战乱国家、疫情发生的国家和地区、自然环境特别恶劣的境内外地区，请重点说明，请在下方统一说明。 | □是 □否 |
| 9. 被保险人中是否有使用安眠镇静剂、迷幻剂、违禁药品、毒品，是否曾出现酒精中毒、药物中毒情况？ | □是 □否 |
| 10. 是否有被保险人从事潜水、跳伞、攀岩、蹦极、探险、武术、摔跤、搏击、赛马、赛车、卡丁车、滑水、驾驶飞行器、热气球、跳水、马术、狩猎、特技表演及车辆竞赛等危险活动的爱好或行为？若有，请分别填写对应的职业问卷。 | □是 □否 |
| 11.被保险人中是否有未成年人？（若有，被保险人在保险公司（我司及其他保险公司）已经参保以死亡为给付保险金条件的人身保险，且目前为有效状态的保险金额总和。） | □是 □否 |
| 说明：若以上有回答为“是”的项目，请按照该项要求在此栏中填写对应序号及详细情况（若此处不够填写，可另附页说明，所附页需加盖公章）。\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **投保人声明及授权**1.本健康告知书所填各项内容均属实，可作为保险人同意承保的依据，并作为保险合同的组成部分。如前述资料不属实，则保险人有权解除保险合同，并对合同解除前发生的保险事故不承担保险责任。2.保险人有权对投保人的被保险人进行医疗评估检查，并作为审核本投保单及评估与本投保单有关的理赔申请的依据；3.本单位同意和授权保险公司利用其资料进行数据传递、提供其他售后服务、金融产品服务等事宜。 |

|  |  |
| --- | --- |
| **法人代表签名：**  | **或经投保单位授权经办人签名：**  |
| **投保单位盖章：**  | **投保签章日期： 年 月 日** |