



美国友邦保险有限公司北京分公司

客服地址：中国北京市朝阳区建国路乙118号京汇大厦1层
邮政编码：100022
电话：(8610)65683338
客服热线：800-820-3588(免费/仅供国话)
400-882-3588(本地话费/手机及固话)
网 址：www.aia.com.cn

收件盖章

最新个人资料通知书

Form with multiple sections: 保险合同编号, 申请事项, A. 被保险人/投保人告知事项, B. 被保险人/投保人健康资料. Includes checkboxes for '是/否' and input fields for names, dates, and medical details.

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	6. e <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
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、心肌病	6. f <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
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、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	6. g <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
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	6. h <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
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、肾上腺机能亢进或减退等内分泌系统疾病	6. i <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
j. 恶性肿瘤、或尚未证实为良性或恶性之肿瘤、息肉、囊肿、赘生物	6. j <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
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	6. k <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
l. 风湿性关节炎、类风湿性关节炎、系统性红斑狼疮、胶原症、硬皮病及其它结缔组织疾病	6. l <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
m. 胸、颈、腰椎骨疾病及其它骨骼系统疾病	6. m <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
n. 性病、酒精或药物滥用成瘾、各种眩晕症	6. n <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
o. 是否还有以上未述的疾病及症候	6. o <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
7. 您及您的配偶曾接受或试图接受与爱滋病(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	7. <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
8. a. 您的家属曾患有或正患有高血压病、肾病、心脏病、肝肾囊肿、肝硬化、糖尿病、精神病、白血病、结核病、肌营养不良症、多发性硬化症、赘生物、癌症或曾被发现为乙型肝炎及病毒携带者, 其它肝炎及病毒携带者	8. a <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
b. 您的直系亲属中是否有60岁前去世的, 若“是”, 请说明原因_____	8. b <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
9. 四周岁以下(含四周岁)儿童补充告知栏: a. 请告知出生时的体重 _____公斤 身高 _____厘米 b. 出生时是否曾有产伤、窒息等异常情况? c. 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?	9. b <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 9. c <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
10. 女性适用: a. 是否正处于妊娠期? 若“是”, 妊娠_____月 b. 患有乳腺炎、乳房或生殖器官疾病 c. 曾有子宫内膜异位症、阴道异常出血、性传播疾病 d. 家庭成员中是否有人患过乳腺癌	10. a <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 10. b <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 10. c <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 10. d <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
以上B部分如有任何答案为“是”者, 请注明问题号码并在此说明 _____		

声明及同意书:

1. 本通知书、与本通知书有关之各份问卷及文件, 对美国友邦保险有限公司北京分公司(以下简称“贵公司”)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复效、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, 则任何根据该资料所缮发保险合同或保险合同批注无效。

2. 即使本人已缴付部分或全部初算保险费, 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。

3. 本人现授权任何内外科医生、医院、诊所、保险公司或任何组织, 及所有熟悉被保险人/投保人健康状况之人士, 均可将本被保险人/投保人以往之患病情况, 病历等详细资料向贵公司及其代表说明, 本被保险人/投保人即使已经死亡或丧失能力, 本人之继承人及受让人亦不可撤销或废止授权书而须受此授权书约束, 此授权书之副本与正本具同样效力。

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。

\_\_\_\_\_  
投保人签名

\_\_\_\_\_  
被保险人签名

\_\_\_\_\_  
见证人/保险营销员签名

\_\_\_\_\_  
保险营销员编号/营销服务部/组别

\_\_\_\_\_  
签署地

\_\_\_\_\_  
签署日期年/月/日

签名须本人亲笔, 并与原留存于本公司的签名样本一致