

# 个人资料告知书

填写须知：1. 请用黑色或蓝色墨水笔在选项□内打勾，并用正楷体填写告知内容；  
2. 请保持申请书签名与本公司留存的签名样本保持一致。

保险合同编号：\_\_\_\_\_

告知事项（非简单核保产品请完整回答告知事项第一、二部分，简单核保产品请回答告知事项第三部分，特定产品请回答告知事项第四部分。）

| 第一部分：健康告知（如涉及汇丰人寿对投保人承担保险责任，则投保人栏必须填写。） |                                                                                                                                                                                                      | 被保险人<br>是 否                                                 | 投保人<br>是 否                                                  |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 1、                                      | <div>被保险人：<div>a. 身高：_____厘米b. 体重：_____公斤</div><div>c. 过去12个月内体重减轻是否超过5公斤？<br/>若“是”，请详述：减_____公斤</div><div>d. 体重减轻原因：_____</div></div>                                                               | <div><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></div> |                                                             |
|                                         | <div>投保人：<div>a. 身高：_____厘米b. 体重：_____公斤</div><div>c. 过去12个月内体重减轻是否超过5公斤？<br/>若“是”，请详述：减_____公斤</div><div>d. 体重减轻原因：_____</div></div>                                                                |                                                             | <div><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></div> |
| 2、                                      | 您是否曾经有下列症状、患有下列疾病或接受治疗：                                                                                                                                                                              |                                                             |                                                             |
| a                                       | 视力障碍或失明、视网膜出血或剥离、视神经病变、青光眼、白内障、高度近视800度以上、眼底病变、听力障碍或聋哑、中耳炎、眩晕、梅尼埃氏病及其他就诊和治疗过的眼、耳、鼻、喉或口腔的疾病？                                                                                                          | <div><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></div> | <div><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></div> |
| b                                       | 智能障碍、抑郁、精神分裂症、癫痫、脑血管畸形或脑动脉血管瘤、短暂性脑缺血、脑血管意外（包括脑出血、脑梗死）、脑炎或脑膜炎、阿尔茨海默病（老年痴呆症）、重症肌无力、多发性硬化症、帕金森氏综合症、运动神经元疾病（如进行性肌萎缩、肌萎缩性侧索硬化）、肌肉萎缩、脊髓灰质炎、瘫痪或麻痹、舞蹈症及其他就诊和治疗过的神经精神疾病？                                      | <div><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></div> | <div><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></div> |
| c                                       | 咯血、慢性支气管炎、支气管扩张、哮喘、肺结核、肺栓塞、肺气肿、气胸、胸膜炎、尘肺及其他就诊和治疗过的呼吸系统疾病？                                                                                                                                            | <div><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></div> | <div><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></div> |
| d                                       | 胸痛、心律失常、血压升高（收缩压超过140mmHg或舒张压超过90mmHg）、冠心病、心肌梗塞、心肌炎、心内膜炎、心肌病、心脏瓣膜疾病（狭窄、闭锁不全、畸形）、风湿性心脏病、先天性心脏病、静脉曲张及其他就诊和治疗过的心血管疾病？                                                                                   | <div><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></div> | <div><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></div> |
| e                                       | 呕血、黄疸、肝功能异常、肝脾肿大、便血、脂肪肝、肝炎、肝炎病毒携带、肝硬化、肝脓肿、胆囊炎、肝胆结石、化脓性胆管炎、胰腺炎、消化道溃疡、溃疡性结肠炎、克隆氏病、疝、痔、直肠癌周疾病及其他就诊和治疗过的消化系统疾病？                                                                                          | <div><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></div> | <div><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></div> |
| f                                       | 血尿、蛋白尿、肾功能异常、肾炎、肾病综合征、尿毒症、肾囊肿、泌尿系统结石或炎症、前列腺炎、前列腺增生及其他就诊和治疗过的泌尿生殖系统疾病？                                                                                                                                | <div><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></div> | <div><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></div> |
| g                                       | 糖尿病、血糖异常、痛风、肢端肥大症、垂体机能亢进或低下、甲状腺或甲状旁腺机能亢进或低下、肾上腺机能亢进或低下及其他就诊和治疗过的内分泌系统疾病？                                                                                                                             | <div><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></div> | <div><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></div> |
| h                                       | 结节或肿块、息肉、癌症、肿瘤（良性、恶性、交界性以及尚未证实为良性或恶性的）？                                                                                                                                                              | <div><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></div> | <div><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></div> |
| i                                       | 淋巴结肿大、紫癜、血友病、各类贫血、白血病及其他就诊和治疗过的血液系统疾病？                                                                                                                                                               | <div><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></div> | <div><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></div> |
| j                                       | 风湿性关节炎、类风湿性关节炎、其他类型关节炎、硬皮病（系统性硬化症等）、椎间盘突出、脊柱疾病、系统性红斑狼疮及其他就诊和治疗过的骨、关节或结缔组织疾病？                                                                                                                         | <div><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></div> | <div><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></div> |
| k                                       | 艾滋病或艾滋病病毒携带？                                                                                                                                                                                         | <div><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></div> | <div><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></div> |
| l                                       | 性病、职业病以及就诊和治疗过的皮肤疾病？                                                                                                                                                                                 | <div><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></div> | <div><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></div> |
| 3、                                      | 成人适用：                                                                                                                                                                                                |                                                             |                                                             |
| a                                       | 您是否吸烟？<br>如是，您是否平均每天吸烟>20支，或每天吸烟支数*吸烟年数>200支，或曾被医生建议戒烟？                                                                                                                                              | <div><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></div> | <div><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></div> |
| b                                       | 您是否平均每天饮酒>50毫升烈酒（暨35度及以上的酒）或250毫升黄酒/葡萄酒或1500毫升啤酒，或曾被医生建议戒酒，或曾因过量饮酒而接受治疗？                                                                                                                             | <div><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></div> | <div><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></div> |
| 4、                                      | 在自本个人资料告知书签署日之前的三年中，您是否曾经：                                                                                                                                                                           |                                                             |                                                             |
| a                                       | 因任何异常检查结果而被建议接受复查或其他检查或治疗，如X光、CT、MRI、心电图、脑电图、心血管造影、活体检查、血液化验、超声波、内窥镜检查                                                                                                                               | <div><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></div> | <div><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></div> |
| b                                       | 手术治疗、住院治疗或连续7天以上的药物治疗？                                                                                                                                                                               | <div><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></div> | <div><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></div> |
| 5、                                      | 您是否存在身体残障或畸形：言语、咀嚼、四肢、手指、足趾机能障碍或残缺，脊柱、胸廓畸形，跛行，脊髓灰质炎所致的残缺？                                                                                                                                            | <div><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></div> | <div><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></div> |
| 6、                                      | <div>a 您的父母、兄弟姐妹中有无被诊断患有心脏病、高血压病、糖尿病、多囊肝、多囊肾、精神疾病、多发性硬化症、恶性肿瘤、舞蹈病、大肠多发性息肉？若“是”，请在“补充说明”中说明与被保险人的关系、被诊断年龄以及所患疾病名称。</div> <div>b 您是否有近亲属（父母、兄弟姐妹）因疾病在65岁前去世的？若“是”，请在“补充说明”中说明与被保险人的关系以及疾病名称及身故年龄</div> | <div><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></div> | <div><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></div> |
| 7、                                      | 您是否酒精或药物滥用成瘾、曾经醉酒或酗酒肇事、酒精中毒、企图自杀或服药过量，曾经或正在使用镇静安眠药、迷幻药及其他毒品或违禁药物？                                                                                                                                    | <div><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></div> | <div><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></div> |
| 8、                                      | 女性（≥16周岁）适用：                                                                                                                                                                                         |                                                             |                                                             |
| a                                       | 您是否正在怀孕，且超过12周？若“是”，怀孕_____周。                                                                                                                                                                        | <div><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></div> | <div><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></div> |
| b                                       | 您是否患有或曾经患有阴道异常出血、宫颈涂片检查异常、乳腺疾病、子宫内膜异位症、子宫肌瘤、卵巢囊肿、盆腔炎及其他就诊和治疗过的生殖器官疾病？                                                                                                                                | <div><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></div> | <div><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></div> |
| 9、                                      | 被保险人为婴幼儿适用（≤2周岁）：                                                                                                                                                                                    |                                                             |                                                             |
| a                                       | 是否为早产儿或低出生体重儿（出生时体重小于2.5公斤）？如是，怀孕_____周出生，出生时身高_____厘米、体重_____公斤，                                                                                                                                    | <div><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></div> |                                                             |
| b                                       | 是否有窒息、抢救史？是否存在先天性或遗传性疾病或畸形、唐氏综合征？出生至今，是否出现体重不增或增长缓慢？是否因病住院治疗或手术？                                                                                                                                     | <div><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></div> |                                                             |

| 第二部分：其他告知（如涉及汇丰人寿对投保人承担保险责任，则投保人栏必须填写。） |                                                                                                                                                                                                                                                             | 被 保 险 人<br>是    否        |                          | 投 保 人<br>是    否          |                          |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10、                                     | 您的职业是否涉及或接触任何危险物（化学物质、爆炸物、有毒物质或其他危险物）、室外作业、高空作业、潜水或水下作业、隧道坑道或井下作业及其他危险职业或工作？若“是”，请详述。                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11、                                     | 您是否正在或试图参加私人性质飞行、赛车、竞马、潜水、登山攀岩或从事其他危险性运动？若“是”，请填写相关问卷，连同此个人资料告知书一并交回汇丰人寿。                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12、                                     | 您是否未来的12个月内有计划前往国外（不包括前往以下国家/地区：美国、加拿大、德国、英国、法国、瑞士、挪威、荷兰、瑞典、芬兰、丹麦、奥地利、比利时、爱尔兰、西班牙、葡萄牙、新加坡、新西兰、澳大利亚、日本、韩国）？若“是”，请详述往返时间、地点及事由。                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13、                                     | <div>您是否已购买、正在或准备购买其他保险公司的人寿保险、意外伤害保险或健康保险，且寿险的保险金额超过200万，或重大疾病保险的保险金额超过100万，或意外险的保险金额超过200万？若“是”，请详述。</div> <div>保险公司名称                      _____</div> <div>保障类型                            _____</div> <div>保险金额                            _____</div> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14、                                     | 您的人寿保险、意外伤害或健康保险的投保申请是否曾被拒保、延期、加费或作任何形式的修改？若“是”，请详述。                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15、                                     | 您是否曾经向任何保险公司提出索赔申请（不包括仅因意外索赔且理赔金额不超过5000元，且目前已痊愈）？若“是”，请详述事故原因以及索赔结果。                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16                                      | <div>如投保高端医疗保险产品，请填写以下项目：</div> <div>a、您近两年是否有任一年度停留在中国境内（指中国港澳台地区以外的中华人民共和国领土）的累计天数不满180天？如是，请详细描述在中国境外停留地点、停留时间、停留频率和停留原因。</div> <div>b、您自本告知书签署日起是否会计划前往中国境外工作生活？如是，请详细描述目的地，计划停留时间、停留频率和停留原因。</div>                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                          |                          |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 第三部分：简单核保产品告知                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 被保险人                     | 投保人                      |
| (如第一、第二告知部分已完整告知,则无须再填写本部分告知)        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 是                        | 否                        |
| 17、                                  | 您在最近12个月内是否有体重下降超过五公斤;或者因健康原因(普通感冒、流行性感冒、过敏症除外)及因健康检查有异常,而接受过或被建议接受身体检查、诊断、治疗、住院、手术或连续超过7天的药物治疗?                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18、                                  | 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、身体检查或治疗:神经精神疾患、智能障碍、癫痫、抑郁症;癌症或肿瘤、结节;高血压、心脏病、脑血管意外、脑血管畸形;支气管扩张、肺气肿;糖尿病或血糖异常;肝炎或肝硬化;肾功能异常;血液系统疾病;阿尔兹海默氏病(老年痴呆或早发性痴呆症);帕金森氏综合征、重症肌无力、多发性硬化症、系统性红斑狼疮;艾滋病或艾滋病毒携带;身体残障或畸形;酒精或药物滥用成瘾、酗酒肇事、酒精中毒、企图自杀或服药过量;曾经或正在使用镇静安眠药、迷幻药及其他毒品或违禁药物?                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19、                                  | 您的人寿保险、意外伤害或健康保险的投保申请是否曾被拒保、延期、加费或作任何形式的修改?若“是”,请详述。                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 第四部分：特定产品告知                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 被保险人                     | 投保人                      |
| 一、仅适用于投保特定“恶性肿瘤疾病保险”系列产品             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 是                        | 否                        |
| 20、                                  | 您既往或目前是否曾从事如下职业或涉及接触以下物品:石棉制品工、化学物质(如苯、多环芳碳氢化合物)生产工人、有毒有害物质或其他危险物质?                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21、                                  | 您在投保含恶性肿瘤保障类产品时是否曾被拒保、延期、加费或特约除外责任承保?或是否曾经或者正在向保险公司提出含恶性肿瘤保障类产品的理赔申请?                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22、                                  | 您是否有2位或2位以上的直系亲属(父母和兄弟姐妹)在60岁前被诊断患有恶性肿瘤、家族性肠息肉?                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23、                                  | 您既往或目前是否被诊断为下列任一疾病?或出现以下任一状况或检查异常?                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                          |                          |
| a                                    | 乙型或丙型肝炎(含肝炎病毒携带者)、肝硬化、肝脏结节或肿块、肠息肉、胃溃疡、慢性萎缩性胃炎、溃疡性结肠炎、中度及以上贫血、骨髓异常增生综合征、恶性肿瘤(含原位癌)、白血病、脑部肿瘤、甲状腺结节、肺结节或肿块、艾滋病病毒感染?                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b                                    | 进食哽噎感或吞咽困难、慢性咳嗽或痰中带血、呕血、便血、黄疸、血尿、不明原因持续发热(超过2周)、反复皮下出血或鼻出血、淋巴结持续肿大、性质不明的肿块、结节、息肉、黑痣增大、一年内非健身或生育原因所致体重减少超过5公斤?                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c                                    | (16周岁及以上)女性适用:<br>阴道异常出血、宫颈涂片检查异常、宫颈上皮内瘤变(CIN)、葡萄胎、乳房肿块或结节、乳头异常溢液?                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24、                                  | 过去两年内您是否有做过下列任一检查并发现有异常的情况:肿瘤标志物*、病理活检、X光(含钼靶)、CT(含PET-CT)、MRI、超声波、内窥镜?或是否因结节、肿块、息肉或者疾病性质不明而被建议手术或住院?<br>注:肿瘤标志物*: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。如甲胎蛋白(AFP)、癌胚抗原(CEA)、癌抗原125(CA125)、癌抗原199(CA199)、癌抗原153(CA153)、癌抗原50(CA50)、糖类抗原242(CA242)、胃癌相关抗原(CA724)、神经元特异性烯醇化酶(NSE)、鳞状细胞癌抗原(SCCA)、细胞角蛋白19片段抗原(CYFRA21-1)、绒毛膜促性腺激素(HCG)等。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 二、仅适用于投保汇丰汇愈无忧保重大疾病保险                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 被保险人                     | 投保人                      |
|                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 是                        | 否                        |
| 25、                                  | 过去6个月内,您是否曾被医生建议住院或手术(手术指传统的切除,内窥镜、微创治疗、射频消融术、冠状动脉搭桥、支架植入及球囊扩张等在内的介入治疗),或因检查异常被医生建议进一步行肿瘤标志物、CT、MRI、核素扫描、钼靶、PET-CT、血管造影、病理检查或活检、穿刺、内窥镜、肺功能的检查?                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26、                                  | 过去2年内,您是否接受过住院或手术(手术指传统的切除,内窥镜、微创治疗、射频消融术、冠状动脉搭桥、支架植入及球囊扩张等在内的介入治疗)?                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27、                                  | 过去5年内,您是否患有或被告知患有下述一种或多种疾病:恶性肿瘤(包括原位癌、癌症、白血病及其他血液系统肿瘤)、心绞痛、心肌梗死、心脏瓣膜疾病、短暂性脑缺血发作、脑中风、脑肿瘤或脑血管畸形、阿尔茨海默病、帕金森病、失明、视神经病变、耳聋、慢性阻塞性肺病、肝硬化、慢性活动性病毒性肝炎、慢性肾功能不全、克罗恩病、溃疡性结肠炎、再生障碍性贫血、瘫痪、运动神经元病?或因此接受治疗或被建议治疗?<br>注:“患有”指慢性不可逆疾病持续存在的状态。除现存疾病以外,还包含既往疾病处于持续状态的情况。<br>举例说明:如客户5年前失明,目前仍失明中,属于患有,上述询问需要告知为是。                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 三、仅适用于投保特定增额终身寿险产品(仅SWC、SWD、SWE产品适用) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 被保险人                     | 投保人                      |
|                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 是                        | 否                        |
| 28、                                  | 您的人寿保险、意外伤害或健康保险的投保申请是否曾被拒保、延期?若“是”,请详述。                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29、                                  | 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、身体检查或治疗:神经精神疾患、智能障碍、癫痫;癌症或肿瘤;收缩血压≥160mmHg或舒张血压≥100mmHg、心脏病、脑血管意外、脑血管畸形;支气管扩张、肺气肿;糖尿病或血糖异常;肝炎或肝硬化;肾功能异常;血液系统疾病;阿尔兹海默氏病(老年痴呆或早发性痴呆症);帕金森氏综合征、重症肌无力、多发性硬化症、系统性红斑狼疮;艾滋病或艾滋病毒携带;身体残障或畸形;酒精或药物滥用成瘾、酗酒肇事、酒精中毒、企图自杀或服药过量;曾经或正在使用迷幻药及其他毒品或违禁药物?                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                         |                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| 第五部分：未成年人告知(未满18周岁未成年被保险人适用)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                         |                                                        |
| A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 被保险人累计寿险、意外险、健康险等的最高身故保险金总额             | 200,000 元人民币(被保险人年龄<10周岁)<br>500,000 元人民币(被保险人年龄≥10周岁) |
| B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 被保险人在其他保险公司生效的和正在申请的寿险、意外险、健康险等的身故保险金总额 | _____元人民币                                              |
| C                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 被保险人在汇丰人生效的寿险、意外险、健康险等的身故保险金总额          | _____元人民币                                              |
| D                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 被保险人可投保的寿险、意外险、健康险等的最高身故保险金总额(注释)       | D = A - B - C = _____元人民币                              |
| 被保险人在汇丰人生效的身故保险金总额最终以汇丰人根据被保险人实际投保情况累计为准。<br>注释:如果上述C项为“可变”,则D项填写为“可变”。根据监管规定,汇丰人寿在理赔时给付的身故保险金总额及其他保险公司实际赔付金额的总和不超过人民币20万元(被保险人年龄<10周岁)/不超过人民币50万元(被保险人年龄≥10周岁),但以下三项不计算在上述限额之中:<br>(一) 投保人已交保险费或被保险人死亡时合同的现金价值;对于投资连结保险合同、万能保险合同,该项为投保人已交保险费或被保险人死亡时合同的账户价值。<br>(二) 合同约定的航空意外死亡保险金额。此处航空意外死亡保险金额是指航空意外伤害保险合同约定的死亡保险金额,或其他人身保险合同约定的航空意外身故责任对应的死亡保险金额。<br>(三) 合同约定的重大自然灾害意外死亡保险金额。此处重大自然灾害意外死亡保险金额是指重大自然灾害意外伤害保险合同约定的死亡保险金额,或其他人身保险合同约定的重大自然灾害意外身故责任对应的死亡保险金额。 |                                         |                                                        |

补充说明

如上述“健康告知”、“其他告知”、“简单核保产品告知”、“特定产品告知”中有任何问题答案为“是”者，请在本栏详细说明就诊日期、诊断、持续时间、治疗经过、检验结果、目前情况、医院名称、地址或其他详情。

| 序号 | 投保人/被保险人 | 详细说明： |
|----|----------|-------|
|    |          |       |
|    |          |       |
|    |          |       |
|    |          |       |
|    |          |       |
|    |          |       |
|    |          |       |
|    |          |       |
|    |          |       |

投保人及被保险人谨此声明与授权：

1、本人申请本人之保险合同按照上述细则变更，并同意申请书之副本附于保险合同内，并成为保险合同的组成部分。如有相关病史资料，检查报告等，请随附本告知书记一并提供。

2、本申请书及有关各份问卷、文件内之声明、陈述或答语完全确实无误，如上述资料不属实，任何根据此申请书所作之保险合同变更可被视作无效。

3、本人所要求之变更必须为保险合同内所列之可变更事项或经汇丰人寿保险有限公司（以下简称“汇丰人寿”）许可之可变更事项，须交足变更所需保险费以及其他相关费用并经汇丰人寿核准后始生效。保险合同变更生效日以附贴批单或汇丰人寿批注为准。

4、本人授权汇丰人寿在审核本人申请时可以向任何医生、医院、诊所、保险公司或任何组织单位，就有关申请事宜，查询有关投保人及被保险人的资料或索取其它有关证明文件。

5、在中华人民共和国法律不禁止的范围内，本人同意汇丰人寿为了：(a)提供服务，(b)履行合规责任，(c)进行金融犯罪风险管理活动，(d)向客户收取任何欠款，(e)进行信贷调查及获取或提供信贷信息，(f)行使或维护汇丰人寿或汇丰集团成员的权利，(g)出于或满足汇丰人寿或汇丰集团的内部营运要求（包括信用及风险管理、系统或产品研发及计划、保险、审计及管理用途），及/或(h)维持汇丰人寿与客户整体关系（包括向客户促销或推广金融服务或相关产品及进行市场调查）的用途而收集、保存、使用、处理本人的相关信息；并向相关汇丰集团成员或其他第三方转移或披露本人的相关信息。其他第三方包括：(a)汇丰集团的任何分包商、代理、服务供应商或汇丰集团的关联人（包括其雇员、董事及职员）；(b)应任何权力机关的要求；(c)代表客户行事的任何人、收款人、受益人、账户代名人、中介人、往来及代理行、清算所、清算或结算系统、市场交易对手、上游预扣税代理人、掉期或交易储存库、证券交易所、客户拥有证券权益的公司（如该等证券由汇丰人寿为客户持有）；(d)获取服务项下利益或承担服务项下的风险的任何一方，包括但不限于再保险公司；(e)其他金融机构、信用评级机构或征信机构，以获取或提供信用信息；(f)任何由汇丰人寿提供介绍或居间的中介经纪商；(g)与汇丰人寿的任何业务转让、处置、合并或收购有关的任何一方。同时，汇丰人寿承诺，未经您本人同意，不会将您本人所提供的信息用于汇丰人寿及第三方机构的销售活动。本人同意汇丰人寿从本人有效的授权银行帐号中，以自动转账方式进行变更所需保险费及变更费用的收取。

投保人签名

被保险人签名

签署日期（年/月/日）

签署地

见证销售人员签名

注：如被保险人未满18周岁的，应由其监护人代签。

销售人员声明：本人证明已核对了投保人和被保险人的有效身份证件或者其他身份识别文件，确认投保人和被保险人的身份。