

## 职业告知问卷

**公司提示：**

为保护您的合法权益，您应如实填写投保信息，并就我们提出的询问据实告知。如您未如实告知，我公司有权根据《保险法》相关规定决定是否解除合同，并有权决定是否对保险合同解除前发生的保险事故承担保险责任。

请您认真、如实填写以下问题，您的信息将被妥善保护并仅用于为您办理职业告知时使用。

告知人姓名		申请日期	年 月 日
证件类型		证件号码	

您所在企业的全称：\_\_\_\_\_

您所在企业的职工人数：\_\_\_\_\_人

您开始从事现工作的时间：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

请您具体描述您所从事的工作：

您的工作单位是否为您提供了特殊的劳动保护设备？ 是 否  
(若是，请您说明是何种劳动保护设备)

您是否拥有职业技术等级证书？ 是 否  
(若是，请您说明是何种职业技术等级)

您在过去五年内是否曾转换工作？ 是 否  
(若是，请具体描述前几个工作的情况)

您是否在现工作以外还从事兼职工作？ 是 否  
(若是，请具体描述您从事的兼职工作情况及开始兼职的时间)

在过去五年中，您是否曾因为疾病或意外休息两个月以上？ 是 否  
(若是，请详述，并提供就诊医院名称、就诊时间、诊断结果)

您是否曾因职业病接受治疗，或被告知患有职业病？ 是 否  
(若是，请提供就诊医院名称、就诊时间、诊断结果)

您或您的同事是否曾在工作中受到过意外伤害？ 是 否

### 声明与授权

本人声明及同意：以上所填告知事项均属实并确无欺瞒，如有隐瞒或不实告知，贵公司有权依法解除保险合同，并对解除合同前发生的事故不负保险责任。

告知人或其监护人签字：