

健康告知书

请用黑色钢笔和黑色签字笔在下面变更项目□处打√，并正楷字填写相关内容。

保险合同号码		申请日期	年 月 日
--------	--	------	-------

告知对象： 投保人 被保险人

补充健康告知	告知人回
1. 您是否曾被任何保险公司解除合同、拒保、延期、附加条件承保（指特别约定或加费）或作任何形式的合同修改？是否有过向保险公司索赔重大疾病或残疾保险的经历？	□是 □否
2. 您过去 2 年内是否曾因病（非意外事故）或健康异常导致：住院或手术，或被医生建议住院或手术、因慢性病导致连续服药超过 30 天？近 2 年内是否接受过以下检查或检验且结果异常：血常规（白细胞、红细胞、血红蛋白、血小板异常）、空腹血糖、糖化血红蛋白、肝功能、肾功能、甲状腺功能、尿常规、心电图、X 线、B 超、CT、核磁共振、脑电图、肌电图、内窥镜、肿瘤标志物、病理活性检查、宫颈 TCT 检查、眼底检查等？（鼻炎、鼻窦炎、鼻中隔偏曲、龋齿、结膜炎、急性咽喉炎、急性扁桃体炎、感冒、急性上呼吸道感染、急性支气管炎、急性阑尾炎、四肢骨折已康复、急性胃炎、急性肠炎、急性胆囊炎、胆囊结石、脂肪瘤、痔疮、无并发症的剖腹产、顺产已出院、生理性黄疸，前述疾病治疗后已痊愈的，无需告知）	□是 □否
3. 您过去六个月内是否有以下症状或情况：反复头痛、头晕、眩晕、胸闷、胸痛、咯血、气喘、心慌、肝区不适、肝/脾肿大、腹痛、血尿、蛋白尿、便血、反复发热、肢体麻木、肌肉萎缩、复视、紫癜、不明原因皮下出血、消瘦（非减肥或妊娠原因、近三个月内体重变化是否超过 5 公斤）、原因不明的持续发热/皮下出血/听力下降？	□是 □否
4. 您目前或曾经是否患有下列疾病或症状：	□是 □否
a. 肿瘤类：各类良恶性肿瘤、原位癌、类癌、癌前病变、交界性肿瘤、黑痣明显破溃或变大、不明原因淋巴结肿大、身体任何部位性质不明的息肉、赘生物、结节（包括但不限于甲状腺结节、乳腺结节、肺结节）、囊肿、肿块、占位或包块。	□是 □否
b. 神经系统、精神类疾病：缺血性脑病、蛛网膜下出血、脑出血、颅内血管畸形、颅内血管瘤、脑膜炎/脑炎、脑积水、脑损伤、脊髓疾病、脊髓灰质炎、多发性硬化、肌营养不良、肌无力、瘫痪、运动神经元病、癫痫、重症肌无力、多发性硬化、硬皮病、阿尔茨海默病、帕金森氏症、痴呆、精神类疾病。	□是 □否
c. 循环、呼吸系统疾病：高血压（收缩压>140mmHg 或舒张压>90mmHg）、冠心病、心肌梗塞、心绞痛、心律失常、三度房室传导阻滞、心功能不全、心力衰竭、心内膜炎、心包炎、心肌炎、心肌病、肺动脉高压、肺心病、川崎病、周围血管炎、主动脉疾病、先心病、风湿性心脏病、冠状动脉搭桥术、心脏介入或微创治疗、脑中风、脑梗塞；呼吸功能衰竭、哮喘、肺淋巴管肌瘤病、肺泡蛋白沉积、肺栓塞、阻塞性睡眠障碍症、尘肺、慢性支气管炎、慢性阻塞性肺病、肺气肿、持续性肺结核、胸腔积液、间质性肺病。	□是 □否
d. 内分泌、消化系统疾病：糖尿病、高脂血症、高尿酸血症、痛风、甲状腺疾病、甲状腺旁腺疾病、皮质醇增多症、肾上腺皮质腺功能减退、醛固酮增多症、肝炎病毒感染史或携带史、肝炎、肝硬化、克隆病、萎缩性胃炎、溃疡性结肠炎、消化性溃疡、食管静脉曲张、硬化性胆管炎等胆道肠道疾病、胰腺炎、丝虫病。	□是 □否
e. 血液泌尿及生殖系统疾病：白血病、血友病、紫癜、脾大、再生障碍性贫血、克-雅氏病、川崎病、嗜铬细胞瘤、骨髓异常增长综合征、地中海贫血、骨髓增殖性疾病、凝血功能障碍、坏疽、海绵肾、肾炎、肾积水、肾功能不全、肾病综合征、肾功能衰竭、尿毒症、终末期肾病、多囊肾等肝肺肾脏器疾病。	□是 □否
f. 皮肤五官及结缔组织疾病：三度烧伤、类风湿关节炎、风湿热、干燥综合征、混合性结缔组织病、系统性红斑狼疮、血管炎、系统性硬化症、强直性脊柱炎、脊柱裂、骨生长不全、坏死性筋膜炎、严重的骨质疏松、青光眼、高度近视（800 度以上）、视神经或视网膜病变、不明原因的视力下降或失明、听力下降或失聪、语言障碍。	□是 □否
5. 您是否有智能障碍、躯体畸形或功能障碍、肢体缺失、言语、咀嚼、视力、听力等机能障碍；器官移植或造血干细胞移植、残疾、昏迷、植物人状态、重症手足口病、性病、艾滋病或 HIV 感染、职业病、先天性疾病、遗传性疾病史？是否有酒精、药物滥用成癮史以及使用毒品、镇静剂及其它违禁药物？	□是 □否
6. （2 周岁及以下儿童补充告知）被保险人出生时是否有早产，出生体重<2.5kg、难产、窒息、缺氧、呼吸窘迫，或其他任何产科并发症？是否有发育迟缓、畸形、脑瘫、反复惊厥或抽搐、智能障碍、先天性疾病、遗传性疾病？	□是 □否
7. （女性补充告知）您目前是否怀孕满 28 周或各期孕检存在异常？近 2 年内是否曾经患有或现在正患有以下疾病或症状：阴道不规则出血、乳头异常溢液或糜烂或回缩、乳房表面皮肤凹陷或皱褶或皮肤收缩症状、宫颈上皮内瘤变（CIN）、人乳头瘤病毒（HPV）阳性、多囊卵巢综合征、恶性葡萄胎？	□是 □否
8. 您是否正在或试图参加如：滑翔飞行、私人飞行、驾驶航空机具、潜水、滑水、滑雪、登山、攀岩、探险、跳伞、马术、武术比赛、摔跤比赛、特技表演、赛车等任何带有危险性的活动或有此类嗜好？或正计划出国？	□是 □否
9. 您是否吸烟且平均每天大于 20 支且超过 10 年？有饮酒习惯且平均每天白酒大于 3 两，或啤酒大于 2 瓶、酒龄超过 10 年？	□是 □否
10. 最近两年内，您是否已在其他保险公司投保身故保险（包括寿险及意外险，但不包括公共交通意外险、旅游意外险）保额累计超过 200 万元？或投保重疾保险保额累计超过 100 万元？	□是 □否

上述告知事项若选择“是”，请详细说明：

投保人签名 _____ 被保险人(监护人)签名 _____ （如被保险人为投保人本人，可免签） 签字日期 _____