

## 健康告知书

询问事项	被保险人 是 否
1.您是否参加飞行、赛马、潜水、滑水、漂流、探险、跳伞、武术、搏击项目、赛车、滑雪、攀岩、蹦极、特技表演等危险运动或有特殊嗜好？	□ □
2.您既往是否有住院诊疗？是否曾经被保险公司拒保、延期或附加条件承保？是否曾经索赔保险金？	□ □
<p>3.您是否曾经患有或被怀疑患有下列疾病？</p> <p>A.呼吸系统疾病：如急/慢性支气管炎、肺炎、肺气肿、支气管扩张、尘/矽肺、肺结核、肺纤维化、哮喘、胸膜炎等；</p> <p>B.循环系统疾病：如高血压（收缩压<math>\geq 140\text{mmHg}</math>或舒张压<math>\geq 90\text{mmHg}</math>）、冠心病、先天性心脏病、心脏瓣膜病、风湿性心脏病、风湿热、主动脉瘤、肺心病、心肌病、心律失常、传导阻滞、心包炎等；</p> <p>C.神经系统及精神疾病：如多发性硬化、癫痫、眩晕症、脊髓病变、重症肌无力、帕金森氏病、精神病、抑郁症、神经官能症、脑出血、脑栓塞、脑瘤、脑动/静脉血管瘤及畸形、短暂性脑缺血、脑炎、脑膜炎、脑瘫等；</p> <p>D.消化系统疾病：如肝炎病毒携带、肝炎、脂肪肝、肝硬化、肝肿大、肝豆状核变性、胆结石、胆囊息肉、家族性肠息肉、胰腺疾病、慢性胃炎、肠炎、肠结核、消化道溃疡或出血、穿孔、溃疡性结肠炎、疝、肠梗阻、痔、肛瘘等；</p> <p>E.泌尿及生殖系统疾病：如肾炎、肾小球疾病、肾病综合症、肾功能衰竭、肾囊肿、多囊肾、泌尿系结石、泌尿系结核、泌尿系感染、生殖器官疾病等；</p> <p>F.内分泌及结缔组织疾病：如糖尿病、甲状腺或甲状旁腺疾病、肾上腺疾病、垂体疾病、类风湿性关节炎、风湿病、红斑狼疮、胶原病、白塞氏病、免疫性疾病、肌肉骨骼关节疾病等；</p> <p>G.血液系统疾病：白血病、血友病、紫癜、贫血、血小板减少/增多症、脾脏疾病等；</p> <p>H.五官科疾病：如白内障、青光眼、高度近视（800度以上）、视神经或视网膜病变、中耳炎、鼻息肉、鼻中隔偏曲、声带息肉、咽喉部疾病等；</p> <p>I.癌症、肿瘤、腺瘤、息肉、囊肿、结石、血管瘤、性病、皮肤疾病、其他包块或肿物等；</p> <p>J.先天性疾病、遗传性疾病、智能障碍、失明、聋哑、肢体残疾或运动障碍、脊柱或胸廓畸形、神经系统功能障碍、急/慢性中毒、职业病等；</p> <p>K.是否有以上未提及的其它疾病或症状。</p>	□ □
4.女性补充告知【12周岁以上（含12周岁）女性填写】： 目前是否怀孕？	□ □
<p>5.少儿补充告知【2周岁以下（含2周岁）】：</p> <p>出生时体重是否小于2公斤？是否早产、难产？出生时是否有产伤或窒息？有无体重增长缓慢？是否有畸形、发育迟缓、惊厥、脑瘫、智能障碍、先天性或遗传性疾病？</p>	□ □