

个人健康告知书（非补充告知）

投保单号/保单号:		
投保人	年收入	万元 主要收入来源 <input type="checkbox"/> 工薪 <input type="checkbox"/> 私营 <input type="checkbox"/> 个体和农业收入 <input type="checkbox"/> 其他_____
	身高	厘米 / 体重 公斤
被保险人	年收入	万元 主要收入来源 <input type="checkbox"/> 工薪 <input type="checkbox"/> 私营 <input type="checkbox"/> 个体和农业收入 <input type="checkbox"/> 其他_____
	身高	厘米 / 体重 公斤
告知事项		被保险人
		投保人
		是 否
		是 否
1. 您是否已购买或正在申请本公司或其他公司人身保险（不含本次申请），若是，请在说明栏中说明保险公司、险种名称、保险金额/份数、承保条件（是否加费或条件承保）、承保日期。		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. 您过去是否被保险公司解除合同、投保或复效被拒保、延期、加费或除外责任？ （若是，请在备注栏详述保险公司名称、险种、原因）		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. 您是否有过任何形式的人身保险索赔？ （若是，请在备注栏详述保险公司/险种、索赔金额等）		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. 是否吸烟？若“是” 投保人吸烟 年； 支/天； 被保险人吸烟 年； 支/天		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. 是否饮酒？若“是” 投保人饮白酒 年； 两/天； 被保险人饮白酒 年； 两/天		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. 是否有驾驶机动车交通事故？ （若是，请在说明栏详述交通事故原因及次数）		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. 您是否在国外居住超过五个月或将出国？ （如是，请在备注栏填写居住/前往国家、时间及原因。）		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. 您是否参加飞行、赛车、潜水、登山、攀岩、跳伞、马术、特技表演、蹦极等危险运动？		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. 最近一年您是否有新发或既往既有下列身体不适症状 反复头痛、头晕、眩晕、多饮、多尿、多食、慢性咳嗽、咯血、呼吸困难、胸痛、胸闷、声音嘶哑、吞咽困难、呕血、黑便、反复溃疡、腹痛、肝区不适、黄疸、贫血、血尿、蛋白尿、不明原因皮下出血点、晕厥、抽搐、昏迷、长期发热、半年内体重减少 5 公斤以上 （正常健身后的体重减轻除外） ？		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. 您是否曾患有或怀疑患有下列疾病，或因下列疾病而接受检查或治疗		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
A 癌、肉瘤、尚未明确良性或恶性的肿瘤、原位癌、不典型增生或癌前病变、囊肿、息肉、肿块、结节（如甲状腺结节等）、赘生物等？		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B 高血压病、冠心病、心绞痛、心肌梗塞、肺心病、心脏瓣膜疾病（狭窄、关闭不全、畸形）、心肌病、心肌炎、心包炎、心内膜炎、主动脉瘤、心律失常、心功能不全等？		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C 肺炎、慢性支气管炎、支气管哮喘、支气管扩张症、肺气肿、肺结核、肺纤维化、肺大泡、气胸、肺脓肿、肺栓塞、胸膜炎、胸腔积液、尘肺、矽肺等？		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D 消化道溃疡或出血、胃炎、肝炎病毒携带、肝炎、脂肪肝、肝肿大、肝硬化、慢性酒精中毒、胆囊息肉、肝胆结石、胰腺炎、胆管炎、肠息肉、肠结核、疝、痔等？		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E 泌尿系统感染、泌尿系统结石、肾炎、肾小球疾病、肾病综合征、肾功能不全、尿毒症、多囊肾、肾囊肿、肾结石、膀胱疾病、前列腺肥大、前列腺炎、生殖器官疾病等？		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
F 精神病、抑郁症、癫痫、痴呆、脑瘫、帕金森氏病、阿尔兹海默氏病（老年痴呆）、脑膜炎、脑炎、短暂性脑缺血、脑出血、脑梗塞、颅脑外伤、脑动脉瘤、脑垂体瘤、脑动静脉畸形、多发性硬化症、脊髓病变、重症肌无力、神经炎、脊髓灰质炎后遗症、脑部及脊髓其它疾病等？		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G 失明、视网膜出血或剥离、视神经病变、青光眼、白内障、眼底病变、高度近视 800 度以上、聋哑、中耳炎、鼻息肉、咽喉疾病、五官手术史等？		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
H 糖尿病、糖耐量异常、痛风、甲状腺功能亢进或减低、甲状旁腺疾病、脑垂体功能亢进或低下、肾上腺皮质功能亢进或减退、肢端肥大症、痛风等。贫血、白血病、血友病、脾功能亢进、淋巴瘤、何杰金氏病、紫癜、脾脏疾病等，被建议不宜献血？		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
I 脊柱脊椎疾病、肌肉萎缩症、进行性肌营养不良、风湿性关节炎、类风湿性关节炎、强直性脊柱炎、系统性红斑狼疮、胶原病、白塞氏病、硬皮病、免疫性疾病、肌肉骨骼关节疾病等？		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G 先天性疾病、遗传性疾病、脑外伤后综合征、内脏性损伤、急慢性中毒、皮肤疾病及职业病等？		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
K 狂犬病、流脑、乙脑、炭疽、钩端螺旋体病、性病、酒精或药物滥用成瘾？		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
L 上述未提及的疾病及症状？		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

