

告知事项

重要提示：如果以下选项有选“是”的，须经我公司核保通过后，方可出具保险合同。如有疑问，请向我公司客户服务中心咨询，咨询电话：95519。

《保险法》第十六条规定“投保人故意或者因重大过失未履行前款规定的如实告知义务，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除合同”。

请投保人如实告知被保险人是否存在以下情况：

1. 过去2年内投保人寿保险或健康保险时，曾被保险公司拒保、延期、加费。
2. 过去5年内在我司或其他保险公司是否发生过单次赔款超过5000元的保险理赔？
3. 过去1年内在身体检查中发现异常，例如X光(透视、拍片)、B超、心电图、脑电图、CT、磁共振、血液化验(包括肿瘤标志物)、宫颈涂片或TCT检查、胃肠镜等内窥镜检查、活组织检查、病理检查等。
4. 过去2年内因疾病住院或手术(不包括剖腹产、顺产、鼻炎、急性胃肠炎、肺炎、感冒住院)。
5. 目前是否有发热、乏力、干咳、鼻塞、流涕、腹泻、呼吸困难、急性呼吸窘迫综合征、脓毒性休克、代谢性酸中毒凝血功能障碍等症状？
6. 目前或过去患有如下疾病或存在如下症状：
 - A. 高血压、先天性心脏病、风湿性心脏病、心内膜炎、冠心病、心肌梗塞、心律失常、心肌炎、脑血管意外；
 - B. 帕金森氏综合征、癫痫、脑部疾病、脊髓疾病、精神疾病、瘫痪；
 - C. 哮喘、肺结核、肺气肿、支气管扩张、尘肺、矽肺、肺原

性心脏病、肺动脉高压；

D. 萎缩性胃炎、胰腺炎、肝硬化、肝炎、肝炎病毒携带者、消化性溃疡、溃疡性结肠炎、克隆氏病；

E. 肾炎、肾功能不全、多囊肾、肾盂积水；

F. 肿瘤（包括良性和恶性肿瘤及尚未确诊为良性或恶性之息肉、肿瘤、囊肿、结节、赘生物）；

G. 糖尿病、痛风、垂体机能亢进或减退、甲状腺机能亢进或减退、肾上腺机能亢进或减退；

H. 系统性红斑狼疮、风湿或类风湿病、胶原性疾病及结缔组织疾病、椎间盘突出、肌肉萎缩；

I. 再生障碍性贫血、血小板减少性紫癜、过敏性紫癜、血友病、白血病；

J. 慢性咳嗽、咯血、胸闷、心慌、气短、浮肿、声音嘶哑、吞咽困难、呕血、黑便、腹痛、黄疸、肿块、血尿、蛋白尿、皮肤淤斑、不明原因皮下出血点、渐进性消瘦、持续性头痛、晕厥、抽搐、昏迷、长期发热；

K. 艾滋病、HIV 阳性、或在过去 6 个月内曾持续超过一周以上有下列症状：体重下降、食欲不振、盗汗、腹泻、淋巴结肿大及皮肤溃疡；

L. 听力、视力、语言、咀嚼障碍，脊柱、胸廓畸形，四肢、手、足、指残缺，智力障碍；

M. 女性专项：阴道不规律出血、宫颈上皮内瘤变（CIN）、葡萄胎；

N. 未成年人专项：若被保险人目前不满 2 周岁，出生时体重低于 2.5 公斤、早产、窒息、发育迟缓、脑瘫；若被保险人目前为 2-14 周岁，患有法洛氏四联症、传染病史、未按时完成预防接种。

7. 是否不拥有基本医疗保险或公费医疗？

8. 是否拥有其他医疗费用补偿型保险？

