

健康告知

如果您投保的产品中含有“重大疾病保险金”或“疾病身故保险金”或“癌症保险金”，请填写以下项目：

1. 被保险人是否有以下情形：

（1）曾经/目前患有癌症、恶性肿瘤、包块或肿物、白血病、脑血管疾病、冠心病、先天性心脏病、心肌炎、心律失常、主动脉疾病、高血压、糖尿病、肝炎、肝硬化、肾炎、尿毒症、慢性萎缩性胃炎、直肠炎、结肠炎、胰腺炎、慢性支气管炎、肺心病、支气管扩张、甲状腺疾病、甲状腺结节、风湿性心脏病、红斑狼疮、脑肿瘤、脑脊髓膜炎。☐是☐否

（2）过去 2 年内是否曾因病（非意外事故）导致连续服药、接受治疗超过 15 天，有住院或被要求进一步检查、手术或住院治疗。
☐是☐否

2. 被保险人的身高 厘米，体重 公斤。

3. 被保险人每日吸烟是否超过 10 支，每日饮酒（白酒）是否超过 50 毫升。☐是☐否

4. 被保险人是否被保险公司（包括本公司及其他保险公司）解除合同或投保、复效时被拒保、延期、附加条件承保，是否发生过任何形式的人身险索赔。☐是☐否

5. 被保险人的父母兄弟姐妹中是否有人曾患有遗传性疾病、结核病、肝炎、肝硬化、癌症、糖尿病、肾病、心脏病、中风、高血压、

动脉硬化、精神病或曾是乙肝、丙肝病毒携带者或 60 周岁以前因病身故。☐是☐否

6. 女性告知（未满 18 周岁或非女性免告知）：

（1）被保险人是否怀孕如是，孕期第 周。

（2）被保险人是否患有子宫肌瘤、子宫颈癌、卵巢囊肿、卵巢癌、异位妊娠、乳腺增生（包块、肿块）、乳腺癌、阴道不规则出血等疾病。☐是☐否

（3）被保险人过去 2 年中是否做过宫颈涂片（包括 TCT）检查。

☐是☐否