

健康信息告知

提示：如果以下选项有为“是”的，建议联系您的客户经理或到网点咨询合适的投保方式。

声明：本人已详细阅读健康告知，并确认相关声明与陈述准确无误，如不属实，保险公司有权依据法律规定和条款约定解除本保险合同。

（1）您是否曾经或目前患有下列疾病：精神疾病、智力障碍、恶性肿瘤、脑肿瘤、冠心病、心绞痛、先天性心脏病、风湿性心脏病、心肌病、心力衰竭、心肌梗塞、脑血管疾病、高血压（收缩压 $\geq 160\text{mmHg}$ ，或舒张压 $\geq 100\text{mmHg}$ ）、糖尿病、重症肌无力、多发性硬化、呼吸衰竭、肺心病、肺动脉高压、帕金森氏病、肝硬化、乙肝大三阳、肾功能不全、慢性肾炎、尿毒症、再生障碍性贫血、白血病、淋巴瘤、癫痫、慢性酒精中毒、系统性红斑狼疮、阿尔兹海默氏病（老年痴呆症）、肢体残疾、失明、遗传性疾病、乳腺结节、肺结节、结直肠息肉、艾滋病或艾滋病毒携带者、曾经或正在吸食/注射毒品。

（2）您既往购买保险产品时是否曾被拒保或延期。

（3）您在过去两年内是否接受过住院治疗（不包括阑尾炎、痔疮、疝气、剖腹产、顺产、鼻炎、急性胃肠炎、上呼吸道感染、齿科、胆结石住院）？您在过去六个月内是否连续一周有下列症状或不适：体重下降超过 5 公斤、淋巴结肿大、不明原因出血、心悸胸闷、头痛、眩晕、胸痛、血尿、便血。

（4）您在过去一年内是否曾接受体格检查，并因检查结果异常被建议复查或接受进一步诊治？