

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、您是否患有或存在（1）—（2）所列询问事项

- (1) 您是否曾经或目前患有以下疾病：精神疾病、智力障碍、恶性肿瘤、冠心病、心绞痛、心律失常、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、重症肌无力、多发性硬化、呼吸衰竭、肺心病、帕金森氏病、肝硬化、肾功能不全、慢性肾炎、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、聋哑、遗传性疾病、艾滋病或艾滋病病毒携带者、曾经或正在吸毒。
- (2) 您是否在投保本公司或其他保险产品时曾被拒保或延期承保。

2、您是否曾患或目前患有（1）—（9）所列症候和疾病

- (1) 您是否接受过手术治疗？五年内是否接受过门诊治疗或住院治疗？医生是否建议服药、检查？
- (2) 过去的六个月内是否连续三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、腹痛腹泻。
- (3) 您过去投保人寿保险、人身意外或健康保险时，曾否被拒保、延期、加费或作任何形式的修改。
- (4) 您是否有过下列症状、曾被告知患有下列疾病或接受治疗：
 - a) 胸部疼痛、心脏杂音、脉搏不正常、高血压、（指收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ ，舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ ，或其中一项超过以上值）、动脉粥样硬化、冠心病、心肌梗塞、心肌肥厚、先天性心脏血管病、主动脉瘤、心脏瓣膜病、风湿性心脏病、风湿病、肺心病、心肌炎、心内膜炎、心律失常、传导阻滞、心包炎以及其他心血管疾病；
 - b) 脑中风（脑出血、脑梗塞）、脑瘤、脑血管瘤、脑动静脉畸形、短暂性脑缺血、脑炎、脑膜炎以及其他脑部疾病；
 - c) 精神病、抑郁症、神经官能性疾病、多动症、癫痫、肢体麻木、脊髓炎、多发性硬化、肌肉萎缩症、重症肌无力、帕金森氏病、肝豆状核变性以及其他神经精神疾病；
 - d) 久咳、咯血、慢性支气管炎、肺气肿、支气管扩张、尘矽肺、肺大泡、肺脓疡、肺栓塞、肺结核、哮喘、胸膜炎、气胸以及其他呼吸系统疾病；
 - e) 肝炎、肝炎病毒携带、肝脓疡、黄疸、肝硬化、胰腺疾病、慢性胃炎、肠炎、消化道溃疡或出血、穿孔、溃疡性结肠炎、疝、肠梗阻、痔疮等其他肛肠疾病以及其他消化系统疾病；
 - f) 肾炎、肾结石、肾小球疾病、肾病综合症、肾功能衰竭、尿毒症、肾囊肿、肾结核、泌尿系感染、输尿管结石以及其他泌尿系统疾病；
 - g) 癌症、肿瘤、腺瘤、息肉、囊肿、血管瘤以及其他包块或肿物；
 - h) 再生障碍性贫血、白血病、血友病、紫癜症、贫血、淋巴腺疾病、脾脏疾病以及其他血液和淋巴系统疾病；
 - i) 糖尿病、高血脂症、痛风、甲状腺疾病、甲状旁腺疾病、肾上腺疾病、肢端肥大症、脑垂体异常以及其他内分泌、代谢疾病；
 - j) 类风湿性关节炎、风湿病、椎间盘脱出、骨骼关节肌肉疾病、红斑狼疮、结缔组织病、白塞氏病、免疫性疾病、自体免疫性疾病、免疫缺陷病（艾滋病或艾滋病病毒携带）；
 - k) 白内障、青光眼、视神经或视网膜病变、中耳炎、鼻中隔偏曲、鼻息肉以及其他耳鼻喉、口腔科疾病；
- (5) 您是否曾经或正在每日饮啤酒大于 3 瓶或者白酒大于 3 两，每日吸烟大于 20 支/日？
- (6) 您有无职业病，如尘肺、矽肺、石棉肺、各种慢性中毒等？
- (7) 您五年内是否做过血常规、肝功能、心电图、超声波、脑电图、肌电图、内窥镜、心血管造影、X 光、CT、活组织检查、血液检验或其他特殊检查并发现结果异常？
- (8) 您的父母、子女、兄弟姐妹是否患有肾病、心脏病、高血压、多发性硬化、肝硬化、糖尿病、精神病、结核病、白血病、瘫痪、肌肉萎缩症、切除任何囊肿或增生物、

癌症或曾被发现为任何肝炎，或肝炎病毒携带者？是否有早于 60 岁以前去世者？

(9) 身体残疾情况：您有无智力障碍，是否失明、聋哑、跛行；有无脊柱、胸廓、四肢、头面部、口腔、手指、足趾等畸形、缺损或者功能障碍；有无语言、咀嚼、吞咽、视力、听力、视野、嗅觉、中枢神经系统功能障碍；有无脏器、器官、皮肤结构缺失。

3、男性适用：曾否患前列腺炎、前列腺肥大、睾丸或者附睾肿大、隐睾症、精索静脉曲张以及睾丸、阴茎、输精管缺失或者缺损等男科疾病？

4、女性适用：

(1) 是否怀孕？

(2) 是否患任何乳房或产科病症或妇科病症？

(3) 曾否被建议做宫颈涂片、乳房检查、乳房 X 光检查或乳房活组织检查并发现结果异常？