

健康及财务告知声明书

保险合同号：_____

填写日期：_____年____月____日

填写说明：请用黑色钢笔或签字笔在对应的□内勾选，并用正楷填写告知内容。

健康告知事项 (如不涉及投保人保险费豁免责任, 投保人健康告知栏无需填写。对选择“是”的项目, 请在“特别说明”栏详细说明)	投保人	被保险人	其他被保险人
1、(投保人) 身高_____厘米, 体重_____公斤 ; (被保险人) 身高_____厘米, 体重_____公斤。			
2、您在最近 6 个月内是否有下列情形： (1) 持续一周以上身体不适？如乏力、消瘦（体重下降超过 5 公斤）、淋巴结肿大、便血。 (2) 是否接受过医师的诊察、治疗、用药、住院或手术建议？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
3、(1) 是否有吸烟习惯？若“是”，(投保人) 吸烟_____年, _____支/天, (被保险人) 吸烟_____年, _____支/天。 您是否已经停止吸烟？若“是”，请在“特别说明”栏说明停止吸烟的原因及时间。 (2) 是否有饮白酒习惯？若“是”，(投保人) 饮酒_____年, 饮酒量：_____两/日, (被保险人) 饮酒_____年, 饮酒量：_____两/日。 您是否已经停止饮酒？若“是”，请在“特别说明”栏说明停止饮酒的原因及时间。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
4、您过去是否曾住院诊疗？若有, 请写明原因、时间、治疗结果及医院名称。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5、您在过去两年内是否做过血压、血液化验、心电图、X 光、B 超、超声心动图、CT、核磁共振、内窥镜及活体组织检查？若是, 请在“特别说明”栏中注明检查原因、检查时间与检查结果。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
6、您是否曾经患有或因下列疾病而接受治疗？若是, 请在“特别说明”栏注明疾病名称、诊断医院名称、治疗时间和结果：			
(1) 哮喘、慢性支气管炎、支气管扩张、肺气肿、肺结核、肺动脉高压；	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
(2) 脑中风、短暂性脑缺血、癫痫、精神病、抑郁症、帕金森症、脑动静脉畸形、脑血管瘤；	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
(3) 高血压、高胆固醇、高甘油三酯、冠心病、风湿性心脏病、主动脉瘤、心肌肥厚、心律失常、心脏杂音；	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
(4) 肝炎、乙肝病毒携带、脂肪肝、肝硬化、消化道溃疡、结肠炎、慢性胃炎；	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
(5) 血尿、蛋白尿、浮肿、肾炎、肾盂肾炎、肾病综合症、肾功能异常、肾衰竭、肾囊肿、泌尿系统结石、膀胱疾病、前列腺疾病或其他泌尿生殖系统疾病；	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
(6) 肿瘤、癌症、囊肿、息肉或其他包块与肿物；	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
(7) 糖尿病、甲状腺疾病、脑垂体疾病、肾上腺疾病；	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
(8) 红斑狼疮、免疫缺陷病（艾滋病或艾滋病毒携带）、性传播疾病；	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
(9) 眼、耳、鼻、喉部的疾病；	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
(10) 贫血、白血病、血友病、淋巴瘤；	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
(11) 关节炎、痛风、坐骨神经痛、瘫痪；	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
(12) 有无以上未提及的疾病或症状。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
7、身体残疾情况：您有无智能障碍？是否失明、聋哑、跛行、小儿麻痹后遗症？有无脊柱、胸廓、四肢、五官、手指、足趾畸形或功能障碍？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
8、是否使用过任何成瘾药物, 如镇静安眠剂、迷幻药、吸食有机溶剂或毒品？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
9、家族史：			
(1) 您的父母、子女、兄弟姐妹中, 是否有人患有脑中风、高血压、多囊肾、血友病、精神疾病及其他遗传性疾病？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
(2) 您的直系亲属中, 是否有 60 岁以前去世的？若有, 请在“特别说明”栏说明原因。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
10、女性告知 (未满 14 周岁免告知)：			
(1) 您现在是否怀孕？如是, (投保人) 已怀孕_____周；(被保险人) 已怀孕_____周。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
(2) 是否患有或曾经患有子宫肌瘤、子宫内膜异位症、月经不调、异位妊娠、乳腺包块或肿块、不孕症等女性疾病？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
11、两周岁以下儿童 (含两周岁) 告知：			
(1) 出生时身高_____厘米, 体重_____公斤；		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

