

## 个人健康告知书

请对相关重要事实作如实告知，否则将有可能影响本公司对您承担的保险责任。“重要事实”是指某些有可能影响本次投保申请的结果的信息；若你对某些事实是否属“重要事实”有所疑问，请您就这些事实一并如实告知。所有提供的信息均会被严格保密。

### 声明

1. 我在此声明我在本问卷中提供的信息和陈述是完整且真实的，并确认现在或将来所提供的所有其它有关文件也是完整且真实的。否则可能会导致拒赔或使得保险责任失效。
2. 在此声明后至保险正式生效日之前，如上述声明内容发生改变或身体状况发生变化，我同意立即通知你公司，你公司有权进行重新核保。

× \_\_\_\_\_  
主被保险人签名

× \_\_\_\_\_  
日期 (年/月/日)

### 第一部分：被保险人信息

#### 主被保险人

姓名: \_\_\_\_\_ 性别: 男 女 生日(年/月/日): \_\_\_\_\_ 身高(厘米): \_\_\_\_\_ 体重(公斤): \_\_\_\_\_  
 与投保人关系: \_\_\_\_\_ 国籍: \_\_\_\_\_ 吸烟: 是 否 证件类型: \_\_\_\_\_ 证件号码: \_\_\_\_\_  
 行业: \_\_\_\_\_ 职位: \_\_\_\_\_ 职务内容: \_\_\_\_\_ 工作单位: \_\_\_\_\_  
 住所: \_\_\_\_\_ 省/直辖市/自治区 \_\_\_\_\_ 市/区 \_\_\_\_\_ 路/街 \_\_\_\_\_ 号/弄 \_\_\_\_\_ 号 \_\_\_\_\_ 栋 \_\_\_\_\_ 单元 \_\_\_\_\_ 室 邮编: \_\_\_\_\_  
 婚姻状况: 单身 已婚 有子女 办公电话: \_\_\_\_\_ 手机: \_\_\_\_\_ 电子邮箱: \_\_\_\_\_

#### 附属被保险人

姓名: \_\_\_\_\_ 性别: 男 女 生日(年/月/日): \_\_\_\_\_ 身高(厘米): \_\_\_\_\_ 体重(公斤): \_\_\_\_\_  
 与投保人关系: \_\_\_\_\_ 国籍: \_\_\_\_\_ 吸烟: 是 否 证件类型: \_\_\_\_\_ 证件号码: \_\_\_\_\_  
 行业: \_\_\_\_\_ 职位: \_\_\_\_\_ 职务内容: \_\_\_\_\_ 工作单位: \_\_\_\_\_  
 住所: \_\_\_\_\_ 省/直辖市/自治区 \_\_\_\_\_ 市/区 \_\_\_\_\_ 路/街 \_\_\_\_\_ 号/弄 \_\_\_\_\_ 号 \_\_\_\_\_ 栋 \_\_\_\_\_ 单元 \_\_\_\_\_ 室 邮编: \_\_\_\_\_  
 办公电话: \_\_\_\_\_ 手机: \_\_\_\_\_ 电子邮箱: \_\_\_\_\_

姓名: \_\_\_\_\_ 性别: 男 女 生日(年/月/日): \_\_\_\_\_ 身高(厘米): \_\_\_\_\_ 体重(公斤): \_\_\_\_\_  
 与投保人关系: \_\_\_\_\_ 国籍: \_\_\_\_\_ 吸烟: 是 否 证件类型: \_\_\_\_\_ 证件号码: \_\_\_\_\_  
 行业: \_\_\_\_\_ 职位: \_\_\_\_\_ 职务内容: \_\_\_\_\_ 工作单位: \_\_\_\_\_  
 住所: \_\_\_\_\_ 省/直辖市/自治区 \_\_\_\_\_ 市/区 \_\_\_\_\_ 路/街 \_\_\_\_\_ 号/弄 \_\_\_\_\_ 号 \_\_\_\_\_ 栋 \_\_\_\_\_ 单元 \_\_\_\_\_ 室 邮编: \_\_\_\_\_  
 办公电话: \_\_\_\_\_ 手机: \_\_\_\_\_ 电子邮箱: \_\_\_\_\_

姓名: \_\_\_\_\_ 性别: 男 女 生日(年/月/日): \_\_\_\_\_ 身高(厘米): \_\_\_\_\_ 体重(公斤): \_\_\_\_\_  
 与投保人关系: \_\_\_\_\_ 国籍: \_\_\_\_\_ 吸烟: 是 否 证件类型: \_\_\_\_\_ 证件号码: \_\_\_\_\_  
 行业: \_\_\_\_\_ 职位: \_\_\_\_\_ 职务内容: \_\_\_\_\_ 工作单位: \_\_\_\_\_  
 住所: \_\_\_\_\_ 省/直辖市/自治区 \_\_\_\_\_ 市/区 \_\_\_\_\_ 路/街 \_\_\_\_\_ 号/弄 \_\_\_\_\_ 号 \_\_\_\_\_ 栋 \_\_\_\_\_ 单元 \_\_\_\_\_ 室 邮编: \_\_\_\_\_  
 办公电话: \_\_\_\_\_ 手机: \_\_\_\_\_ 电子邮箱: \_\_\_\_\_

请列明各被保险人在过去5年中最常用的2家医疗机构。

	主被保险人	附属被保险人1	附属被保险人2	附属被保险人3
姓名				
常用医疗机构1				
常用医疗机构2				

## 第二部分：健康调查问卷

请就**主被保险人及其每一附属被保险人**的健康状况回答下列问题。若答案为“是”请详细说明。**主被保险人或其每一附属被保险人**是否：

1. 曾住过院或做过手术？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 2. 曾伤残过或治疗费超过人民币40,000元？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 3. 体检时被告知有任何异常？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 4. 曾因病或遭受意外伤害而休病假30日或以上？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 5. 在一年内有入院或手术安排？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 6. 有不适症状、曾经被诊断有或治疗过以下情况：			
A. 慢性咳嗽，咯痰，咯血，哮喘，呼吸困难，支气管扩张，气胸，肺气肿，结核，胸膜炎，慢性支气管炎或其他呼吸系统疾病？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	B. 腰痛，尿频，尿急，尿痛，排尿困难，血尿，蛋白尿，尿量异常，夜尿增多，面部浮肿，肾或尿路结石，肾炎，肾病，肾囊肿，肾积水或其他泌尿系统疾病？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
C. 返酸，嗝气，恶心，腹胀，腹痛，便秘，腹泻，呕血，黑便，便血，黄疸，吞咽困难，溃疡，肠炎，胃病，疝气，直肠疾病，乙肝病毒携带，肝脏疾病，胆囊疾病，胰腺疾病或其他消化系统疾病？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	D. 心悸，活动后气促，咯血，下肢水肿或静脉曲张，胸部不适或胸闷，晕厥，风湿热或心脏杂音，心律不齐，心肌炎，心血管疾病，心肌梗死，中风，动脉瘤，冠心病，高血压，高血脂，或其他循环系统疾病？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
E. 头昏，牙龈出血，鼻出血，皮下出血，紫癜，骨痛，贫血或其他血液系统疾病？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	F. 关节炎，痛风，腰背痛，颈椎病，腰椎病，肌肉萎缩，神经损害或其他肌肉骨骼 / 关节疾病？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
G. 多汗，多饮，多尿，双手震颤，肥胖，色素沉着，闭经，糖尿病，甲状腺疾病，或其他代谢和内分泌系统疾病？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	H. 头昏，眩晕，晕厥，记忆力减退，视力障碍，意识障碍，震颤，抽搐，惊厥，瘫痪，感觉异常，癫痫，失去知觉或其他神经系统疾病？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
I. 前列腺疾病，乳腺痛，乳腺炎，月经不调，月经过多，子宫内膜异位症，子宫异常增大，卵巢囊肿，不孕不育，或其他男 / 女性生殖系统疾病？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	J. 癌症，瘤或肿块，息肉，囊肿，腺体、淋巴结或器官增生肿大，皮肤疾病或色素沉着，乳房异常增生或其他相关的疾病？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
K. HIV病毒感染，艾滋病，艾滋相关综合征或其他免疫系统疾病，传染病或性病？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	L. 酗酒，吸毒，药物滥用，精神/神经、行为、情感或饮食障碍？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
M. 白内障、青光眼或其他眼疾患；听力损失；任何耳鼻喉疾患？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	N. 伤残性疾病，身体缺陷，遭受意外伤害影响、先天性疾病，遗传性疾病，基因缺陷，家族病史？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
O. 主被保险人或其附属被保险人 a. 现在怀孕了吗？ b. 是否有怀孕并发症？ c. 正打算通过自然或人工的方式拥有子女？ d. 因不育被建议需要接受检查、治疗、服药、或手术？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	P. 除了以上情况主被保险人或其附属被保险人： a. 每天抽烟超过15支或以任何方式食用烟草？ b. 在过去5年中，一年内体重增加或减少超过12公斤或25磅？ c. 其他的疾病？如果有，在下面的表格中请详细描述。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

对于回答“是”的项目，请在下面详细说明（可附页）。必要时，请提供医疗报告。

问题号	姓名	日期	病情	治疗情况	现在情况