

保全健康告知声明书

保单号：_____ 申请时间：_____年____月____日

申请人姓名：_____（角色选择：☐投保人 ☐被保险人 ☐受益人）

注意：申请复效、保障额度调整（增加保额者）或增加险种须填写以下的健康告知声明

填写说明：请用黑色钢笔或黑色签字笔在对应的□或序号内打“√”，并在备注栏填写详细告知内容。

告知事项	选择内容
1、目前医疗费用支付方式：①社会医疗保险 ②商业医疗保险 ③自费 ④其他（请详细说明）。	
2、您目前的年收入____万元，主要来源为：①薪资②营业收入③房屋出租④证券投资⑤银行利息⑥其他（请详细说明）	
3、您是否投保过医疗险、重大疾病保险、意外险或寿险？ 如“是”，请告知投保公司、险种、保额，并做详细说明。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
4、是否有做过手术或住院治疗超过5天、或遵医嘱需连续服药超过30天，若“是”，请详细说明住院日期、住院天数和出院诊断。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5、目前或曾经是否患有下列疾病或症状： (1) 肿瘤：恶性肿瘤（含原位癌）、白血病、脑或脊髓的肿瘤或占位、骨巨细胞瘤 (2) 肿物或结节：肺部结节/肿块/阴影/磨玻璃影、甲状腺结节、乳房肿块或结节、肝脏肿块或结节（不包括肝血管瘤和肝囊肿） (3) 脑疾病：脑梗死（脑梗塞）、脑出血、脑血管瘤或畸形、癫痫、帕金森氏病、脑瘫 (4) 血压血糖：糖尿病或空腹血糖≥7.0mmol/L、2级及以上高血压（未服药时，收缩压≥160mmHg或舒张压≥100mmHg） (5) 心血管病：主动脉瘤、主动脉夹层、心脏瓣膜病、心功能不全、冠心病、心绞痛、冠脉综合征、心肌梗死（心肌梗塞）、心肌病、风湿性心脏病、心房或心室增大、先天性心脏病、 (6) 肺疾病：慢性阻塞性肺病、肺动脉高压、支气管扩张、肺气肿 (7) 胃肠肝疾病：乙肝、丙肝、肝硬化、溃疡性结肠炎、克罗恩病、胃息肉、肠道肿物或息肉、萎缩性胃炎、胃/肠高级别上皮内瘤变 (8) 肾疾病：慢性肾炎（含IgA肾病）、肾病综合征、多囊肾、肾功能不全 (9) 血液风湿病：骨髓增生异常、再生障碍性贫血、系统性红斑狼疮、类风湿性关节炎、朗格汉斯细胞增生综合征 (10) 存在下列情况：长期发热（超过2周）、吞咽困难、咳血或咯血、呕血、便血（非痔疮出血）或黑便、尿蛋白阳性、淋巴结肿大、颈部肿物或包块、肿瘤标志物异常 (10) 近1年内有下列情况：宫颈接触性出血、不规则阴道出血或阴道异常出血（不包括月经失调）、宫颈上皮内瘤变（CIN）或TCT检查异常（不包括炎症、CIN1、低度鳞状上皮内病变LSIL） (11) 对于不满3周岁被保险人：出生时体重低于2.5公斤，或存在早产、窒息、发育迟缓 (12) 其他：瘫痪、肢体缺失、失明，听力障碍、精神疾病、艾滋病或艾滋病毒携带	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
6、自投保至今，您是否有身体不适、检查结果异常、就诊或被诊断为某种疾病？如有，请详细说明。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
7、自投保至今，您是否发生过保险赔付（包括其他公司），或正准备申请赔付？如有，请详细说明。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
8、投保至今是否更换过职业？（如“是”，请先办理职业变更）	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
9、您是否投保其他保险公司的下列产品时，被非标准体承保或申请过理赔？如是，请详细告知保险产品名称、类型、最终结果。 产品：①人寿保险 ②重大疾病保险 ③住院医疗保险 ④意外险 ⑤其他保险 其结果为：①拒保 ②延期 ③附加条件或加费承保 ④拒赔 ⑤协议或通融赔付 ⑥提出或已得到理赔	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
备注栏：	

声明：本人对上述内容已了解并作出如实告知，本人同意将此申请书作为原保险合同的一部分，如有告知不实，中国人民健康保险股份有限公司（以下简称“贵公司”）有权解除本保险合同，对于合同解除前发生的保险事故，贵公司不承担保险责任。本人授权贵公司可以从任何单位、组织机构就有关保险事宜查询、索取与本人相关的资料或证明，贵公司对个人资料承担保密义务。

投保人签名：_____ 被保险人（或未成年监护人）签字：_____ 签署日期：_____