

# 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 $\geq 7.0 \text{ mmol/L}$ 、2级及以上高血压(未服药时, 收缩压 $\geq 160 \text{ mmHg}$ 或舒张压 $\geq 100 \text{ mmHg}$ ) (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 (11) 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) (12) 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 (13) 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)签名: \_\_\_\_\_ 签署日期: \_\_\_\_\_