

健康声明告知书



致: 中新大东方人寿保险有限公司

保险单号: _____ 投保人: _____ 被保险人: _____

询问事项

投保人: 身高 _____ 厘米 体重 _____ 公斤; 被保险人: 身高 _____ 厘米 体重 _____ 公斤	投保人		被保险人	
	是	否	是	否
1、近期体况:最近一年您是否有以下不适症状?如反复头痛、头晕、眩晕、胸痛、胸闷、咳嗽咳血、气喘、肝区不适、腹痛、血尿、蛋白尿、便血、紫癜、皮肤黄染、消瘦(体重在3个月内下降超过5公斤)。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2、近期诊治:您最近一年是否接受过医师的诊查、治疗、用药、住院或手术建议?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3、您在过去3年内是否因疾病或受伤住院或手术?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4、过去5年内除健康普查外是否做过下列检查:X光(透视、摄片)、心电图、B超、CT或核磁共振、脑电图、血液化验、胃镜、肠镜等内窥镜检查、病理活检、眼底检查?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5、您是否患有、或曾被怀疑患有或接受治疗过以下一种或几种疾病:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A 脑、神经系统及精神方面疾病:如脑出血/缺血性疾病、脑瘤、脑血管瘤及畸形、脑炎、脑膜炎;多发性硬化、癫痫、眩晕症、脊髓病变、重症肌无力、巴金森氏症等;精神病、神经官能症等其他精神疾患?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B 五官科疾病:如声音嘶哑、视力下降、耳鸣、白内障、青光眼、高度近视(裸视800度以上)、视神经或视网膜病变、中耳炎、鼻息肉、咽喉部疾病等?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C 循环系统疾病:如高血压、冠心病、心绞痛、心肌梗塞、心脏瓣膜病、风湿性心脏病、风湿热、主动脉瘤、肺心病、心律失常、传导阻滞、心包炎、心肌病、下肢静脉曲张及其他心血管系统疾病?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D 呼吸系统疾病:如慢性支气管炎、肺气肿、支气管扩张、肺结核、气胸、哮喘或其他呼吸系统疾病?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E 消化系统疾病:如肝炎病毒携带、肝炎、脂肪肝、肝硬化、肝肿大、胆结石、胆囊息肉、胰腺疾病、胃炎、消化道溃疡或出血、穿孔、慢性或溃疡性结肠炎、肠息肉、疝、肠梗阻或其他消化系统疾病?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F 泌尿及生殖系统疾病:如肾炎、肾小球疾病、肾病综合症、肾功能衰竭、多囊肾、肾结石、生殖器官疾病或其他泌尿及生殖系统疾病?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G 内分泌及结缔组织疾病:如糖尿病、痛风、高尿酸血症、甲状腺或甲状腺旁腺疾病、肾上腺疾病、脑垂体疾病;类风湿性关节炎、风湿病、红斑狼疮、胶原病、白塞氏病、免疫性疾病、肌肉骨骼关节疾病等?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H 血液疾病:如原因不明的皮肤、粘膜及齿龈出血、白血病、再障、血友病、紫癜症、贫血、脾脏疾病等?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J 癌症、肿瘤、腺瘤、息肉、结石、血管瘤、性病、皮肤疾病,任何包块或肿物等?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K 上述未提及的疾病及征候?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6、身体残疾情况: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?有无言语、咀嚼、嗅觉及中枢神经系统机能障碍?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.生活习惯:				
A、是否有吸烟嗜好:若是,请说明每天约_____支,约_____年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B、是否有饮酒嗜好:若是,请说明: 饮用 <input type="checkbox"/> 啤酒 <input type="checkbox"/> 葡萄酒 <input type="checkbox"/> 白酒或洋酒,每天约_____两,饮酒约_____年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C、是否驾驶摩托车或其他机动车	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D、是否参加潜水、拳击、攀岩、飞行、赛车等危险活动或嗜好	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E、是否服食任何成瘾药物或吸毒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9、父母兄弟姐妹中是否有人曾患有遗传性疾病、结核病、肝炎、肝硬化、癌症、糖尿病、肾病、心脏病、中风、高血压、动脉硬化、精神病或曾是乙肝、丙肝病毒携带者或60岁前因病身故。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10、妇女补充告知：目前是否怀孕？ 怀孕_____周。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A 目前是否有阴道不规则流血、白带异常、下腹痛等不适感觉或异常发现？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B 是否患乳房、子宫、卵巢等疾病或接受医师诊查、治疗、用药、或住院手术？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C 是否因异常妊娠反应、分娩而住院治疗或手术；是否有不孕史，近半年是否有月经不调？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11、少儿补充告知（2周岁以下填写）：出生身高_____厘米、体重_____公斤；				
A 出生时是否曾有产伤、窒息等异常情况？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B 是否有畸形、发育迟缓、惊厥、抽搐、脑瘫、智力障碍、先天性和遗传性疾病？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

说明栏（说明栏写不下时，请另附纸张，并且需要投保被保险人签字确认）

若上述健康告知为“是”时，请注明对象（投保人、被保险人），在本栏中详细说明。							
序号	说明对象	疾病名称	发病时间	是否住院	诊疗医院	治疗时间	目前状况

投保人及被保险人声明与授权：

一、贵公司的代理人已经向本人详细解释了投保险种的保险责任及责任免除条款，本人对上述事项已经充分了解并且同意遵守。

二、本人谨此代表本人及被保险人声明及同意：本人对签名要求、退保、犹豫期以及保险条款的各项规定均已正确理解，所填投保单各项及告知事项均属事实并确无欺瞒。上述一切陈述及本声明将成为贵公司判断是否能够承保的依据，并作为保险合同的一部分，如有不实告知，贵公司有权解除保险合同，并对解除合同前发生的事故不负保险责任。

三、本人授权贵公司在审核本人申请时根据需要，委派医师或指定医疗机构安排进行体检、血液尿液化验及其它项目的检查。

四、本人谨此授权凡知道或拥有任何有关本人或被保险人健康及其他情况的任何医生、医院、保险公司、其他机构或人士均可将所需的有关资料提供给中新大东方人寿保险有限公司。此授权书的影印本同样有效。

五、所有保险责任以合同所载为准，除由贵公司经正式程序修改或批注的内容外，其它任何人的口头及书面陈述、报告或合约，贵公司无需负责。

为维护您的权益，签字前，请再次核对您所申请的内容。

投保人/委托人

签 名： _____

被保险人签名： _____

代理人/受托人

签 名： _____

申请日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日