

# 健康告知书

保单号码：

被保险人姓名：

以下一项或几项答“是”请在备注栏中注明姓名、问题号码及详细情况。对本投保单及告知内容，本公司承担保密义务。 询问事项（如保险条款中涉及对投保人保险费豁免事项且变更投保人，投保人栏必须填写）	被保险人 是 否	投保人 是 否
1、近期状况：最近一年您是否有新发或以往既有的身体不适？如反复头痛、头晕、眩晕、胸病、胸闷、咳嗽、咯血、气喘、肝区不适、腹痛、血尿、便血、紫癜、皮肤黄染、消瘦（体重在3个月内下降超过5公斤）。被保险人的身高_____厘米，体重_____公斤。投保人的身高_____厘米，体重_____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2年内是否做过以下一项或几项检查？（若是，请在备注栏告知检查项目、时间、原因、地点及结果。）血压、血液和尿液检查、肝/肾功能检查、心电图、X光、超声检查、CT、MRI、内窥镜及其他检查。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4、您过去曾否住院？请写明您经常就诊的医院名称_____。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5、您是否患有、被怀疑患有或接受治疗过以下一种或几种疾病： A 神经系统及精神疾病：如多发性硬化、癫痫、眩晕症、脊髓病变、重症肌无力、巴金森氏症、精神病、抑郁症、神经官能性疾病等；脑中风、脑瘤、脑动/静脉血管瘤及畸形、短暂性脑缺血、脑炎、脑膜炎等？ B 五官科疾病：如白内障、青光眼、高度近视（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？ C 循环系统疾病：如高血压、冠心病、先天性心脏血管疾病、先天性心脏病、心脏瓣膜病、风湿性心脏病、风湿热、主动脉瘤、肺心病、心肌病、心律失常、传导阻滞、心包炎等？ D 呼吸系统疾病：如慢性支气管炎、肺气肿、支气管扩张、尘/砂肺、肺结核、肺纤维化、哮喘、胸膜炎等？ 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、股腺疾病、慢性胃炎、肠炎、消化道溃疡或出血、穿孔、溃疡性结肠炎、疝、肠梗阻等？ F 泌尿及生殖系统疾病：如肾炎、肾小球疾病、肾病综合征、肾功能衰竭、肾囊肿、肾结石、生殖器官疾病等？ G 内分泌及结缔组织疾病：如糖尿病、甲状腺或甲状旁腺疾病、肾上腺疾病、脑垂体疾病；白血病、血友病、紫癜症、贫血、脾脏疾病；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？ H 癌症、肿瘤、腺瘤、息肉、囊肿、结石、血管瘤、性病、皮肤疾病，任何包块或肿物等？ I 先天性疾病、遗传性疾病、脑外伤后综合症、内脏损伤、急/慢性中毒、职业病等？ J 上述未提及的疾病及征候？	A <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6、身体残疾情况：有无智能障碍，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、视力、听力、嗅觉、四肢、及中枢神经系统机能障碍？	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7、是否有吸烟嗜好；若是，请说明每天_____支，约_____年。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8、是否有饮酒嗜好；若是，请说明：饮用□啤酒□葡萄酒□白酒或洋酒，每天_____两，饮酒_____年。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9、家族史栏：您的父母、子女、兄弟姐妹中，是否有人出现上述5-6项情况？（若是请在备注栏详述）	<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？若是，怀孕_____周。 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？ B 是否患乳房、子宫、卵巢等疾病而接受医师的诊查、治疗、用药、或住院手术？ C 是否因异常妊娠反应、分娩而住院治疗或手术；是否有不孕病史，近半年是否有月经不规律？	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> C <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，是否早产、剖腹产、难产、过期产？是否有先天性疾病、遗传性疾病或畸形？是否有体重不增或增长缓慢？是否有肺炎、抽搐、腹泻等疾病？	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**备注及特别约定栏**（备注填写不下时，请另附纸张填写，并且需要投保人/被保险人签字确认）

_____ _____ _____ _____ _____
---

## 声 明

本告知书上所填内容均属实，本人同意将此告知书作为原保险合同的一部分。如果有告知不实，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不承担保险责任。本人同意授权贵公司可以从任何单位、组织和个人就有关保险事宜查询、索取与本人相关的资料。

投保人签名（若非被保险人）：

被保险人签名：

日期：

**客服电话：95522**
**泰康人寿官网：www.taikanglife.com**


泰康人寿官方微信

