

问题及健康告知

C1.您是否正在申请或已经拥有任何保险公司的保险合同?若是,请说明:承保公司、保险产品种、保险金额总和、因被保险人死亡给付的保险金总和、住院每日补贴日额及保险合同生效日期。

C2.您的人寿保险、人身意外或健康保险的投保申请是否曾被拒保、推迟、加费或作限制保障权益?是否有解除保险合同?是否曾向任何保险公司提出索赔申请?若“是”请说明。

C3.是否计划出国或改变居住地或工作地点?正在或试图参加私人性质飞行,或携带氧气瓶潜水、或登山、或从事危险性的运动?若“是”,请填妥相关问卷,连同此投保单一并交回本公司。

C4.是否持有有效摩托车驾照?

C5.a.是否吸烟?若“是”,吸烟____年,____支/天;若现已停止吸烟,停止吸烟原因及时间

b.是否饮酒?若“是”,饮酒____年,种类____,数量____()两/周);若现已停止饮酒,停止饮酒原因及时间

C6.曾经或正在使用镇静安眠剂、可成瘾药物、麻醉剂,或接受戒毒、戒酒治疗?

C7.最近六个月是否有医生建议您服药、住院、接受诊疗、手术或其它医疗方案?

C8.最近五年内,是否曾经作下列之一的检查,有无异常?核磁共振(MRI)、心电图、胃镜、纤维结肠镜与管镜、CT、超声波、X光、眼底检查、脑电图、肝功能、肾功能、病理活检及其它特殊检查。

C9.是否有下列身体残障状况:a.脊柱、胸廓、四肢、手指或手掌、足趾或足部缺损畸形、两上肢或两下肢长度不等、跛行?b.眼、耳、鼻、舌或其它颜面部软组织缺损情形?牙齿脱落、上下颌骨缺失、颞下颌关节强直?肋骨骨折或缺失?颈部或腰部活动受限?肢体肌力下降?c.丸萎缩或缺失?阴茎缺失?输精管闭锁或缺失?(男性)d.子宫切除?阴道闭锁?乳房切除?(女性)e.视力、听力、语言、咀嚼、吞咽、嗅觉、触觉等功能障碍或中枢神经系统障碍?f.精神、智能障碍或性格行为异常?g.脾、肺、胃、小肠、结肠、直肠、胰腺、肝、肾、膀胱切除?心脏的结构损伤或功能障碍?输尿管闭锁或缺失?其它内脏或身体器官缺损、摘除或移植?

C10.a.你及你的配偶是否曾接受或试图接受与艾滋病(AIDS)有关的医疗咨询、检验或治疗,或艾滋病病毒(HIV)呈阳性反应?b.是否曾经验血而得知为乙肝表面抗原(HBsAg)阳性反应或不宜献血?

C11.若为 16 周岁(今) 以上女性, 请告知:

a 目前是否怀孕? 若是, 已怀孕 b.(曾)患子宫、卵巢、乳房或其它生殖器官病?c.(曾)异常妊娠、阴道异常出血或接受下腹部手术?d.母亲、姐妹中是否有人(曾)患乳腺、子宫、卵巢等生殖器官恶性肿瘤?

C12.是否患有或曾经患有以下疾病:a.最近六个月内, 是否有下列疾患或自觉症状?

不明原因皮肤出血点或瘀斑、鼻衄、反复齿龈出血?

不明原因的声嘶、关节红肿酸痛、难以愈合的舌、皮肤溃疡, 持续低热, 体重显著减轻(短期内 5 公斤以上), 痣的形态、大小或颜色改变、黄痘?咳嗽、痰中有血块或血丝? 眼睛胀痛、视力或听力明显下降、视物不清?持续一周以上的吞咽困难、食欲不振、盗汗、腹泻、腹部不适?紫绀、胸闷、心慌、气急、心前区疼痛、反复头痛、头是?小便困难、蛋白尿、而尿、便而、黑便、粘液便?

b.视神经病变、白内障、青光眼、视网膜出血或剥离、近视 800 度以上?

c.脑脊液鼻漏或耳漏、脑血管意外及后遗症、蛛网膜下腔出血、癫痫病、帕金森氏综合症、精神病、神经麻痹、心脏病、高血压、高脂血症、血管瘤、血管疾病?

d.胸膜炎、肺炎、哮喘、肺结核、慢性支气管炎、支气管扩张症、肺气肿、气胸、尘肺、矽肺?

e.慢性胃肠炎、结肠炎、消化性溃疡、消化道出血穿孔、胰腺炎、肝炎、脂肪肝、肝硬化、肝脓肿、胆道结石、胆囊炎、腹膜炎、脾肿大、肛肠疾病?

f.肾炎、肾病综合症、尿毒症、急性肾功能衰竭、尿路结石、肾囊肿、肾下垂、反复尿路感染、性病?

g.糖尿病、垂体、甲状腺、肾上腺疾病等内分泌系统疾病?

h.贫血、再生障碍性贫血、白血病、紫癜症、血友病?

i.风湿热、关节炎、类风湿性关节炎、痛风、颈椎病、椎间盘突出症、红斑狼疮、硬皮病、皮炎、重症肌无力、肌肉萎缩症、其他结缔组织疾病?

j.肿瘤(包括任何良性、恶性或尚未定性的肿瘤)、息肉、囊肿或增生物?

k.先天性疾病、遗传性疾病?

l. 身体是否有瘢痕?

m. 除上述以外的疾病、症状或意外受伤史?

C13.直系亲属中, 是否患有或曾经患有高血压、肾病、心脏病、肝炎、肝肾囊肿、肝硬化、糖尿病、精神病、癌症或早于 60 周岁因病身故者?

C14.若为 2 周岁(不含) 以下婴儿，请告知:a 被保险人出生时身高_厘米，体重公斤，出生医院天，如超过 7 天，请详细说明。，出生时留院天数

b 出生时是否有早产、难产、窒息等情况? 是否使用产钳等辅助器械?

c.出生时是否有抢救史?

d 是否未按要求接受通防接种?

e.是否曾进行婴幼儿体检且结果异常?

f.是否经常患腹痛、婴幼儿腹泻等消化系统疾病?

g.是否曾患哮喘、肺炎、扁桃体炎等呼吸系统疾病?

h.是否曾患脑气?i.是否曾出现“ 高热惊厥” ?

C15.是否已参加公费医疗或社会医疗保险。

C16.您是否有其他事项告知本公司?