

**告知事项:**

- 1、请填写被保险人健康告知。如投保的险种涉及投保人豁免保险费责任，请同时填写投保人告知项。
- 2、不再区分健康告知/财务告知，如告知任一为是，直接提示“告知异常”。

1、您近2年内是否曾在其他保险公司投保以死亡或全残或疾病为给付保险金条件的人身保险，且累计保额超过50万？

2、您过去或现在是否被保险公司解除合同，或在投保、复效时被延期、拒保、加费或特约承保？或曾经申请过理赔？

3、您过去或现在是否住院诊疗（含日间病房、住院检查、手术或其他治疗）？或是否被建议住院诊疗？

4、您近两年内状况：

A. 您是否接受过或被医师建议接受诊查、治疗、用药、住院或手术？

B. 您是否曾进行或正在进行医学检查、健康体检、年度体检，如心电图、X光（如乳腺钼靶）、胸片、超声波（如甲状腺、乳腺、肝脏、心脏、颈动脉）、CT（如肺部CT、冠脉CT）、血管造影（如冠脉、颅内等）、核磁共振、脑电图、肌电图、胃镜或肠镜等内窥镜、病理活检、验血、验尿、肿瘤标记物、TCT、HPV及其它检查；是否存在检查结果异常，或被建议复查或进一步检查？

5. 您近半年内是否出现以下症状或情况：甲状腺结节、颈部包块、乳腺结节或包块、肺部结节、反复头晕、头痛、眩晕、晕厥、咳嗽咯痰、咯血、气喘、呼吸困难、心慌、胸闷、胸痛、肝区疼痛或不适、肝肿大、心脏杂音、尿糖阳性、血尿、蛋白尿、便血、肢体麻木或无力、关节红肿或酸痛、肌肉萎缩、消瘦（非减肥或妊娠原因3个月内体重下降超过5公斤）？原因不明的发热、皮肤/粘膜及齿龈出血、淋巴结肿大、声音嘶哑、听力下降、耳鸣、视物模糊、复视？

6、您是否曾患有或被怀疑患有下列疾病或异常，或接受下列检查或治疗，如“是”请详细说明。

A. 恶性肿瘤、癌、肉瘤、白血病、淋巴瘤、何杰金氏病、黑色素瘤、交界性或低度恶性肿瘤、神经内分泌瘤、尚未明确良性或恶性的肿瘤/占位/肿块/包块/肿物、原位癌、癌前病变、不典型增生、上皮内瘤变、结节（如甲状腺结节、肺结节、乳腺结节等）、息肉（如胃/肠息肉、胆囊息肉等）、良性肿瘤、囊肿、赘生物、新生物、交界痣等；艾滋病或HIV阳性；接受过器官移植或造血干细胞移植；

B. 甲状腺结节、甲状腺超声异常、甲状腺病理活检异常(FNAC异常)、甲状腺功能检查异常、甲状腺囊肿、甲状腺肿瘤、甲状腺功能亢进或减退、甲状腺炎、甲状腺手术、空腹血糖异常、糖耐量检查异常、糖尿病前期

C. 高血压、冠心病、心绞痛、心肌梗塞、冠状动脉检查异常、动脉狭窄或斑块形成、肺动脉高压、心律失常、传导阻滞、心脏瓣膜病、风湿性心脏病、先天性心脏病、缺血性心脏病、肺心病、心肌病、心脏杂音、心脏扩大、心功能不全、心包炎、心肌炎、动脉瘤、室壁瘤、川崎病（黏膜皮肤淋巴结综合征）、主动脉夹层、动脉炎、主动脉手术、下肢静脉曲张等；

D. 肺部结节或肺磨玻璃影、鼾症、睡眠呼吸暂停综合征、哮喘、肺结核、慢性支气管炎、支气管扩张、肺气肿、呼吸衰竭、间质性肺病、尘/矽肺、肺纤维化、肺栓塞、肺淋巴管肌瘤病、胸膜炎、胸腔积液等；

E. 脑出血、脑栓塞、脑梗塞、短暂性脑缺血、蛛网膜下腔出血、脑动脉瘤、脑动脉/静脉血管瘤或畸形、颅内占位/肿瘤或颅内影像学检查异常、头部外伤、脑炎、脑膜炎、脑积水、脑瘫、多发性硬化症、阿尔茨海默病、帕金森氏症、痴呆、癫痫、运动神经元病、脊肌萎缩、脊髓灰质炎、脊髓疾病、肌营养不良、重症肌无力、抑郁症、精神分裂症、人格障碍、神经官能症、双向情感障碍、其他精神疾患、脑部手术、瑞氏综合征等；

F. 乙肝或丙肝病毒携带、肝炎（请注明类型）、肝血管瘤、肝脏功能异常、脾大、胆囊息肉、萎缩性胃炎、慢性或糜烂性胃炎、胃或肠息肉、慢性或糜烂性肠炎、溃疡性结肠炎、克罗恩病、黄疸、食管静脉曲张、多囊肝、胆管炎、脂肪肝、肝硬化、肝豆状核变性、肝功能衰竭、胆囊结石或胆管结石、胰腺炎、胰腺囊肿、消化道溃疡或出血、穿孔、肠梗阻、幽门梗阻、幽门螺杆菌感染、肠粘连等；

G. 肾结石、肾积水、肾囊肿、肾错构瘤、胡桃夹综合征、海绵肾、肾缺如、肾切除、多囊肾、肾炎、肾病综合征、肾功能不全、尿毒症、肾移植、尿路畸形、泌尿系结石、泌尿系结核、泌尿系感染、生殖器官疾病、泌尿系统手术中等；

H. 痛风、高尿酸血症、类风湿性关节炎、强直性脊柱炎、脊柱侧弯、肾上腺肿瘤（嗜铬细胞瘤）、椎间盘突出、椎管狭窄、脊柱裂、股骨头坏死、系统性红斑狼疮、肾上腺功能异常、抗磷脂综合征、甲状旁腺疾病、肾上腺疾病、脑垂体疾病、风湿病、胶原病、白塞氏病、免疫性疾病、肌肉骨骼关节疾病、骨关节炎、皮炎、肌营养不良、肌肉萎缩、干燥综合征、坏死性筋膜炎、亚急性甲状腺炎、系统性硬化症（硬皮病）等。
I. 贫血、地中海贫血、血小板减少/增多症、白血病、淋巴瘤、血友病、紫癜、再生障碍性贫血、骨髓异常增生综合征、骨髓纤维化、脾脏疾病等；
J. 白内障、青光眼、高度近视（800度及以上）、视力障碍或失明、视神经或视网膜病变、视网膜剥离、中耳炎、美尼尔病、鼓膜穿孔、人工耳蜗植入、听力障碍或耳聋、鼻息肉、鼻中隔偏曲、声带息肉、聋哑、五官手术史等。
K. 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、反复发作或久治不愈的皮肤病、重症手足口病、昏迷、植物人状态、职业病、性病等；
7、女性（12周岁及以上）补充告知：
A. 您目前是否怀孕？（请提供完整的孕期检查报告）
B. 您是否有或曾有阴道不规则流血、白带异常、乳房疼痛、乳头溢液、腋下淋巴结肿大等不适感觉或异常症
C. 您是否有或曾有乳腺增生、乳腺结节、乳腺纤维瘤、乳腺包块或肿块、乳腺超声/钼靶或活体组织检查异常、宫颈上皮内瘤变、宫颈涂片或TCT或阴道镜检查异常、HPV检查阳性、子宫内膜或宫颈息肉、卵巢囊肿、畸胎瘤、多囊卵巢综合征、子宫肌瘤、妇科超声检查异常、宫颈疾病、葡萄胎、月经不调、乳腺炎等女性疾病？
8、儿童（2周岁及以下）补充告知：
A. 出生时体重是否小于2.5公斤、出生孕周是否小于37周？出生时有无难产、窒息？出生后是否入住新生儿病房？
B. 是否有畸形、发育迟缓、体重增长缓慢、惊厥、抽搐、脑瘫、智能障碍、听力/视力障碍、听力/视力检查异常、心脏超声或颅内影像学检查异常、先天性或遗传性疾病等？
9、您是否有智能障碍？有无脊柱、胸廓、四肢、五官、手指、足趾畸形或功能障碍？有无肢体缺失或功能障碍？有无言语、咀嚼、视力、听力、嗅觉或中枢神经系统机能障碍？
10、您是否曾经或目前正在使用成瘾药物？如止痛药、麻醉剂、镇静安眠剂、迷幻药、毒品或其他违禁药物。
11、您的父母、子女、兄弟姐妹是否有人患有癌症、白血病、血友病、糖尿病、病毒性肝炎或病毒携带、多囊肝/多囊肾、肠息肉、其他遗传性疾病等？
12、您是否有或曾有吸烟习惯且每天大于20支、烟龄大于20年？是否已戒烟？
13、您是否有或曾有饮酒习惯且每天白酒大于3两、酒龄大于10年？是否已停止饮酒？
14、您是否曾参与或计划参与赛车、潜水、跳伞或其他高危险性体育运动，或有以上运动爱好？
15、您在过去两年内是否曾在其他国家居住或在未来一年内有此打算？
16、您是否为当地银保监局所规定的特殊人群？包括残疾人以及低保人员等人群。
17、若被保险人为未满18周岁的未成年人，请告知是否已在其他保险公司投保以死亡为给付保险金条件的人身保险？如“是”，请告知已投保的有效身故保险金额总和为_____万。