

健康保重大疾病保险健康告知书

保单号:

投保人姓名: 证件类型: 身份证 证件号码

被保险人姓名: 证件类型: 身份证 证件号码

被保险人健康告知:

1、您的投保申请是否曾被本公司或其他保险公司拒保、延期、加收额外保费、索赔?(因怀孕导致的可不用告知)

2、您有无连续服药超过 2 个月或连续因病住院超过 15 天? 是否正在接受治疗?

3、您是否目前患有或曾经患有下列疾病或症状: 恶性肿瘤、脑部肿瘤、性质不明的肿瘤或肿块、血压升高(收缩压>140mmHg 或舒张压>90mmHg)、肝炎、甲状腺疾病、糖尿病、心脏疾病、冠心病、脑血管疾病、中风、癫痫、多发性硬化、智能障碍、精神疾病、重症肌无力、III度烧伤、植物人状态、反复发作的哮喘、肺气肿、慢性阻塞肺疾病、暴发性肝炎、肝硬化、多发性肝囊肿、重度脂肪肝、慢性胰腺炎、慢性肾炎、尿毒症及其他慢性肾脏疾病、类风湿病、系统性红斑狼疮、白血病、再生障碍性贫血、血友病、原因不明的六个月内体重减轻五公斤以上者、失明、上肢腕关节以上或下肢踝关节以上缺失、一个肢体(含一个肢体)以上功能丧失、咀嚼功能丧失、瘫痪、吸毒、性病、艾滋病或艾滋病病毒感染?

4、您是否有身体残障、酒精或药物滥用成瘾、是否曾因身体原因被医生警告戒烟或戒酒、是否患职业病, 如尘肺、矽肺、各种慢性中毒?

5、最近两年内是否因受伤或疾病曾接受或被建议或正打算接受医师诊察、治疗或用药?(因普通伤风或感冒、轻微的胃肠炎、无并发症的剖腹产、避孕、疫苗接种、轻微关节或肌肉损伤或无并发症的骨折并已经完全康复的可不用告知)

6、您是否近一年有新发或以往既有以下症状? 反复头痛或眩晕、晕厥、咯血、胸痛、呼吸困难、呕血、黄疸、便血、听力下降、食欲不振、耳鸣、复视、视力明显下降、原因不明的皮肤和粘膜及齿龈出血、原因不明发热、原因不明的肌肉萎缩、原因不明的包块、结节或肿物、身体的其他感觉异常或活动障碍。

7、女性补充告知: 您是否怀孕及生产期间有合并症? 例如蛋白尿、高血压、糖尿病、宫外孕等。您是否曾被建议针对乳房、子宫、卵巢、宫颈疾病进行定期复查或治疗?

8、两周岁以下(含两周岁)儿童补充告知: 是否为早产、难产? 出生时是否曾有产伤、窒息等异常情况? 是否有发育迟滞、惊厥、抽搐、脑瘫、先天性疾病、遗传性疾病、畸形或缺陷?

(以上全“否”

(以上有“是”(请勾选该项-请在以下“说明栏”详细说明)

说明栏:

若上述健康告知为“是”, 请在本栏中详细说明。

| 序号 | 疾病名称 | 发病时间 | 是否住院 | 接受的检查和治疗 | 诊疗医院 | 最近一次治疗时间 | 目前状况 |
|----|------|------|------|----------|------|----------|------|
|----|------|------|------|----------|------|----------|------|

其他:

投保人声明:

本人已认真阅读保险条款、投保提示书, 特别就条款中有关责任免除和投保人、被保险人义务的内容进行详细了解。本人已就提出的询问据实告知并就各项内容如实填写, 本人已了解如有隐瞒保险公司有权按照《中华人民共和国保险法》解除保险合同或不承担保险责任。

投保人(申请人) 签名

被保险人或监护人 签名

日期: 2017 年 月 日

日期: 2017 年 月 日

公司批注: 本公司已知悉上述告知及声明内容并审核投保申请。

昆仑健康保险股份有限公司