



收件盖章

# 长生人寿保险有限公司

## 健康声明书

保险合同号码: \_\_\_\_\_

\*若保险条款中涉及对投保人保费豁免事项, 投保人栏必须填写。

(请您用黑色水笔填写以下内容, 并在相应□内打勾)

告知事项	被保险人	投保人
1. 在过去一年内是否曾出现过以下症状:  反复头痛、胸痛、气急、不能平卧、咳血、呕血、呼吸困难、黄疸、反复腹痛、肝区疼痛、便血、血尿、阴道不规则出血、重度宫颈糜烂、肿块、淋巴结肿大、皮肤溃烂、不明原因的声嘶、不明原因皮下出血点、鼻衄、反复齿龈出血、不明原因发热、一年内体重下降超过5公斤。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2. 曾患有或被告知患有下列疾病或因此而接受医疗咨询、诊察或治疗:  癌症或肿瘤、结节、慢性萎缩性胃炎、肝硬化、息肉、赘生物、艾滋病或感染艾滋病病毒, 其他正在诊治但尚未确诊的疾病或症状。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
3. 在过去两年内针对下列检查有异常的检查结果: 肿瘤标志物、活组织检查、宫颈涂片检查。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
4. 曾在其他保险公司投保时被拒保、延期、加费或在附加条件下被承保。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5. 如上述告知事项的任何答案为“是”, 请详细说明。 (包括日期、诊断、持续时间、治疗、检验结果、主治医生姓名/医院、目前情况或其它详情)		

投保人、被保险人声明并同意以下事项:

- 本人在申请复效、变更或新增附加合同时知晓一切与本健康声明书内容不符或增减的任何人员之承诺或解释、说明均属无效; 并且知道健康声明书和各种相关申请、声明等须投保人及被保险人亲自签署。
- 本人确认本声明书及所附文件中所提供的声明和陈述完全属实无误。均可作为贵公司判断是否能够复效、变更或新增附加合同的依据, 如有隐瞒或日后发现与事实不符, 贵公司可依法解除本次复效、变更或新增附加合同的效力, 即本次复效、变更或新增附加合同无效。
- 本人现授权任何医生、医院、诊所、保险公司或组织单位及所有熟悉被保险人健康状况之人士, 就有关保险事宜, 均可将被保险人或投保人以往之患病状况、病历等相关资料向贵公司说明。贵公司应对本人的健康资料、财务资料及其它所提供的资料进行保密。

为维护您的权益, 请勿在空白声明书上签署。签署前, 请慎重核对填写的内容。

被保险人签署: \_\_\_\_\_ 投保人签署: \_\_\_\_\_ 营销员签署: \_\_\_\_\_ 签署日期: \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

(网销寿鑫宝专用)