

5. 您是否曾被保险公司解除合同、拒保、延期、条件承保或有过任何形式的重大疾病保险索赔?	□是 □否	□是 □否
6. 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:

- 1、 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。
- 2、 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。
- 3、 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

长生优加（升级版）专用