

个险被保人健康告知书

保单号: _____

健康告知询问事项	被保险人姓名: _____	
	身高: _____ 厘米; 体重: _____ 公斤	
	是	否
01 您是否目前吸烟或曾经吸烟? 若“是”, 请告知每日吸烟量和吸烟年限。 您是否戒烟, 若“是”, 请在说明栏中告知戒烟时间及戒烟原因。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____ 支/天; _____ 年	
02 您是否目前饮酒或曾经饮酒? 若“是”, 请告知每周饮酒量和饮酒年限。 酒的种类有: ①啤酒 ②葡萄酒 ③黄酒 ④白酒或洋酒等。 您是否现已停止饮酒, 若“是”, 请在说明栏中告知时间及原因	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	种类 _____; _____ 两/周; _____ 年	
03 您是否曾有药物滥用或服用毒品? 若“是”请在说明栏中告知连续使用的时间及使用品种。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 您是否目前或过去曾进行过以下检查或治疗? A 一年内去医院进行过门诊的检查、服药、手术或其他治疗。 B 过去三年内曾有医学检查(包括健康体检)结果异常。 C 过去五年曾住院治疗检查或治疗(包括入住疗养院、康复医院等医疗机构)。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 目前患有或过去曾经患过下列症候、疾病或手术史? 若“是”, 请在说明栏告知。 A. 脑、神经系统及精神行为方面疾病, 例如: 反复头痛或眩晕、癫痫、脑血管畸形、脑血管意外、帕金森氏综合症、需要或已经手术治疗的脑部疾病、脊髓疾病、重症肌无力、多发性硬化、神经官能症、抑郁症、神经衰弱、其他精神疾患。 B. 心血管的疾病, 例如: 心慌、胸痛、胸闷、原因不明的晕厥、心脏杂音、高血压病、冠心病、心律失常、心绞痛、心肌梗塞、先天性心脏病、风湿热、风湿性心脏病、甲亢性心脏病、心肌病、室壁瘤、动脉瘤、心导管等心血管介入治疗、下肢静脉曲张。 C. 呼吸系统疾病, 例如: 反复咳嗽咳痰、咯血、气喘、呼吸困难、慢性支气管炎、肺气肿、肺心病、呼吸衰竭、哮喘、支气管扩张、尘肺、间质性肺病、肺纤维化、胸腔积液。 D. 消化系统疾病, 例如: 原因不明的短期内消瘦、肝区疼痛、黄疸、便血、食管静脉曲张、胃和/或十二指肠溃疡、胰腺炎、胰腺假性囊肿、肝炎(请注明类型)、乙肝病毒携带、多囊肝、肝血管瘤、肝内胆管炎、肝硬化、胆结石、胆囊息肉、脾肿大、慢性或溃疡性结肠炎、肠息肉、腹部外伤或手术史。 E. 泌尿系统疾病, 例如: 尿糖阳性、血尿、蛋白尿、反复尿路感染、尿路畸形、慢性肾炎、肾病、肾脏功能障碍、尿毒症、肾移植、肾积水、肾囊肿、泌尿系结石、泌尿系外伤或手术。 F. 骨骼、肌肉、结缔组织的疾病, 例如: 关节红肿或酸痛、类风湿性关节炎、强直性脊柱炎、椎间盘增生或突出、椎管狭窄、脊柱裂、股骨头坏死、骨关节炎、皮炎、肌营养不良症、不明原因的肌肉萎缩、干燥综合症、系统性红斑狼疮。 G. 内分泌、血液系统疾病, 例如: 糖尿病、痛风、高尿酸血症、甲状腺或甲状旁腺疾病、原因不明的发热、原因不明皮肤和粘膜及齿龈出血、再障、血友病、淋巴瘤、紫癜、脾功能亢进。 H. 五官科疾病, 例如: 近期原因不明的声音嘶哑、听力下降、耳鸣、复视、视力明显下降、美尼尔病、五官手术史。 I. 以上未提及的肿瘤和癌症, 包括: 肉瘤、癌、良性肿瘤、息肉、囊肿、赘生物。 J. 原因不明的发热、消瘦(体重一年内下降超过5公斤)、肥胖等。 K. 有无职业病、酒精中毒、其他药品中毒。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 身体残障: 您是否有智能障碍? 是否有五官、脊柱、胸廓、四肢、手指、足趾缺损、畸形或功能障碍? 若“是”请在说明栏说明智能障碍等级; 残疾部位(哪侧)、原因、有无功能障碍、是否使用辅助器械。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 女性告知项(未满18周岁免告知) A. 您目前是否怀孕? 若“是”怀孕 _____ 周? B. 您目前或既往怀孕及生产期间是否有合并症? 例如: 蛋白尿、血尿、高血压、糖尿病等。 C. 您是否曾有阴道不规则流血、乳房肿块、溢乳、腋下淋巴结肿大、乳腺增生或纤维瘤、其他乳腺疾病? D. 您是否曾有子宫肌瘤、内膜异位症、宫颈上皮不典型增生、卵巢囊肿、畸胎瘤等?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____ 周	
08 是否曾患或目前患有第1~第7项未列举的症候或疾病?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 两周岁以下(含两周岁)儿童补充告知栏: A. 请告知出生时体重; 出生时是否为早产, 是否有产伤、窒息等异常情况? B. 是否有畸形、发育迟缓、惊厥、抽搐、脑瘫、智能障碍、先天性和遗传性疾病?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____ 公斤	
10 您是否有参加赛车、赛马、搏击类运动、蹦极、滑雪、攀岩、潜水、探险或特技活动及其他高风险活动的爱好? 若“是”, 请在说明栏中告知参加的项目以及每年大约的次数。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11 被保险人的父母、子女、兄弟姐妹是否患有癌症、白血病、血友病、心脑血管疾病、糖尿病、病毒性肝炎或病毒携带、多囊肝肾、肠息肉、其他遗传性疾病等？（若“是”，请在下表中告知）				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
患病对象与被保险人关系	所患疾病名称	患病时年龄	生存情况	身故时年龄	目前情况
		___周岁	<input type="checkbox"/> 健在 <input type="checkbox"/> 身故		
		___周岁	<input type="checkbox"/> 健在 <input type="checkbox"/> 身故		
		___周岁	<input type="checkbox"/> 健在 <input type="checkbox"/> 身故		
财务及其他告知询问事项				第一被保险人	
				是	否
12 您是否享有社会医疗保险/公费医疗保障？				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 A 在过去的两年中，您是否在本地以外的国家或地区（包括外地或境外）连续居住超过三个月？若“是”，请告知： ①居住的国家或地区；②居住时间（几个月）。 B 近一年内，您是否计划出国？若“是”，请告知 ③计划去的国家或地区；④目的地；⑤居住时间（几个月）。				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				① _____	
				② _____个月	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				③ _____	
				④ _____	
				⑤ _____个月	
14 A 您是否有机动车驾驶证执照？若“有”，请告知驾照类型。 B 您是否曾违章驾车并发生交通事故，若“是”，请在说明栏中告知次数、时间、违章类型。				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				类型 _____	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 您固定的年收入为多少万元？ 来源：①工薪 ②个体 ③私营 ④房屋出租 ⑤证券投资 ⑥银行利息 ⑦其他				_____万元， 序号 _____	
16 您目前是否或正在申请除本公司以外的人身保险？若“是”，请在下面说明栏中详述投保种、保险金额、承保公司和日期。				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 您是否投保其他保险公司的下列产品时，被非标准承保或申请过理赔？ 产品：①人寿保险 ②重大疾病险 ③住院医疗险 ④意外险 ⑤其他保险 其结果为①拒保 ②延期 ③附加条件或加费承保 ④提出或已经得到理赔				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				序号 _____	
				序号 _____	
说明栏					
若上述健康、财务告知及其他告知为“是”时，请详细说明。					
序号	说明内容				
声明栏					
<p>本人对上述各项内容均已理解，并同意将此告知书作为保险合同的一部分，本人上述健康及其他告知内容均属实且无重大遗漏，与此告知书有关的问卷、体检报告书及对体检医生的各项陈述均确实无误且无重大遗漏，如有不实告知，平安健康保险股份有限公司（以下简称“贵公司”）有权依法解除保险合同，并对合同解除前发生的保险事故不承担保险责任。所有告知事项以书面告知为准，口头告知无效。本人授权贵公司可以从任何单位、组织和个人就有关保险事宜查询、索取与本人相关的资料或证明，贵公司对个人资料承担保密义务。</p>					
被保险人/监护人签名：					
日期：					