

# 健康告知

根据您保险合同号为\_\_\_\_\_的\_\_\_\_\_申请，须如实填写以下健康告知事项。

投保人	第____被保险人	健康告知
是 否	是 否	投保人：身高____，体重____；被保险人：身高____，体重____。
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1. 您目前或曾经是否有吸烟习惯？若告知“是”，请说明目前或曾经吸烟数量____支/天，延续____年，如已戒烟，请说明已戒烟____年，原因_____。
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2. 您目前或曾经是否有饮酒习惯？若告知“是”，请说明目前或曾经饮酒种类： <input type="checkbox"/> 啤酒____毫升/天； <input type="checkbox"/> 葡萄酒____毫升/天； <input type="checkbox"/> 黄酒____毫升/天； <input type="checkbox"/> 白酒或洋酒____毫升/天。延续____年。如已戒酒，请说明已戒酒____年，原因_____。
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3. 您是否有参加赛车、赛马、搏击类运动、特技活动、蹦极、滑雪、攀岩、登山、潜水、探险、跳伞、驾驶或搭乘非商用飞机、热气球、滑翔机及其他高风险活动的爱好？若告知“是”，请说明参加的项目以及每年大约参加的次数。
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4. 您是否在60天内有出国工作、学习、旅行或定居计划？若告知“是”，请详述持续居住超过3个月或正拟前往的国家或地区名称。
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5. 您目前是否已有或正在申请除本公司以外的人身保险？若告知“是”，请详述投保日期、保险公司、投保险种、保险金额和保单状态等。
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6. 您是否在其他保险公司投保人身保险时，曾经被拒保、延期或以附加条件承保或曾经申请过理赔？若告知“是”，请用序号说明：①拒保 ②延期 ③附加条件承保或加费承保 ④申请过理赔等具体的时间及原因。
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	7. 在目前以及过去三年内您是否有下列检查项目的异常？例如血压、血液检查、尿液检查、艾滋病相关检查、心电图、X光、超声波、CT、核磁共振、脑电图、肌电图、内窥镜、心血管造影、活检及其他检查？若有，请说明并提供检查结果。
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	8. 您是否目前正在使用或曾经使用止痛药、麻醉剂、镇静安眠剂、迷幻药、毒品、有机溶剂等？
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	9. 您的祖父母、父母、子女、兄弟姐妹是否有人患有癌症、白血病、血友病、多囊肝、多囊肾、肠息肉或其他遗传性疾病？是否在60岁以前去世？(请详细说明死亡年龄及死亡原因)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	您是否目前患有或者曾经患有下列症状、疾病或目前计划进行手术或曾有手术史？
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	10. 反复头晕、反复头痛、晕厥、胸闷、胸痛、血压升高、心脏杂音、心慌、气短、呼吸困难、不能平卧、口唇发紫、瘀血、鼻出血、反复齿龈出血、呕血、咳血、浮肿、腹痛、腹泻、便血、黑便、反复尿频、尿痛、血尿、蛋白尿、视力下降、听力下降、原因不明的声音嘶哑、原因不明的发热、关节红肿或疼痛、活动受限、原因不明的消瘦（一年内体重下降超过10公斤）、肥胖等？
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	11. 心脏、血管系统：高血压、冠心病、心绞痛、心肌梗死、心律失常、先天性心脏病、风湿性心脏病、肺源性心脏病、甲亢性心脏病、心脏瓣膜疾病、心肌炎或心肌病、心包炎、心内膜炎、室壁瘤、动脉瘤、心导管检查或介入治疗、心脏血管手术、下肢静脉曲张、精索静脉曲张、血栓性静脉炎、脉管炎、动脉硬化闭塞症、深静脉血栓形成、布加氏综合症、雷诺氏综合征？
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	12. 脑、神经系统及精神方面：神经衰弱、神经官能症、精神疾病、抑郁症、智能障碍、癫痫、瘫痪、脑梗塞、脑出血、短暂性脑缺血发作、脑血管畸形、脑血管瘤、脑膜炎或脑炎、脑积水、帕金森氏病、震颤、多发性硬化症、脊髓疾病、重症肌无力、脑部手术？
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	13. 呼吸系统：哮喘、慢性支气管炎、支气管扩张、肺气肿、肺脓肿、肺大泡、肺栓塞、肺结核、气胸、胸膜炎、胸腔积液、间质性肺病、肺纤维化、膈肌麻痹、阻塞性睡眠呼吸暂停、呼吸衰竭、尘肺、矽肺、气管或肺部外伤或手术？

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. 消化系统：肝区疼痛、黄疸、肝炎病毒携带、肝炎、肝硬化、肝功能异常、酒精性肝病、中重度脂肪肝、胃或食道静脉曲张、肝脓肿、多囊肝、肝血管瘤、肝内胆管炎、胆囊炎、肝内结石、胆结石、胆囊或胆管息肉、胃或十二指肠炎症或溃疡、出血或穿孔、反流性食管炎、胰腺炎、胰腺假性囊肿、肝脾肿大、溃疡性结肠炎、肠息肉、克隆病、肠易激综合征、腹膜炎、痔疮、阑尾炎、腹部外伤或手术？
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. 泌尿系统：尿道畸形、狭窄、泌尿系结石、膀胱炎、肾炎、肾盂肾炎、肾病综合征、肾积水、肾囊肿、肾功能异常、尿毒症、肾移植、泌尿系统外伤或手术？
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. 内分泌、血液系统：高血糖、尿糖阳性、糖尿病、高脂血症、痛风、高尿酸血症、垂体瘤、垂体机能亢进或减退、甲状腺或甲状旁腺机能亢进或减退、甲状腺肿、肾上腺机能亢进或减退、皮质醇增多症、醛固酮增多症、嗜铬细胞瘤、紫癜、脾或淋巴结肿大、脾功能亢进、贫血、白细胞减少、粒细胞缺乏、传染性单核细胞增多症、血红蛋白尿、骨髓增生异常综合征、多发性骨髓瘤、再生障碍性贫血、血友病、淋巴瘤？
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. 骨骼、关节、结缔组织：脊柱、胸廓、四肢及关节畸形或缺失或运动障碍、骨折、肌肉强直、无力或萎缩、肌营养不良症、股骨头坏死、椎间盘增生或突出、椎管狭窄、脊柱裂、强直性脊柱炎、风湿性关节炎、类风湿性关节炎、结节病、骨关节炎、红斑狼疮、皮炎、干燥综合征、白塞氏病等？
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. 眼耳鼻喉咽系统：美尼尔病、耳鸣、复视、视野缺损、近视达 800 度以上、白内障、青光眼、视网膜剥离或出血、视神经病变、虹膜睫状体炎、失明、聋或哑、鼻中隔偏曲、五官炎症、五官息肉或五官手术？
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. 肿瘤、癌症、肉瘤、肿块、白血病、囊肿、结节、包块、萎缩性胃炎、家族性腺瘤息肉病、息肉、赘生物、结石？
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. 是否有任何身体残疾状况（如肢体缺损、视力或听力障碍以及其他缺陷）？
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. 职业病、酒精中毒、金属、化学物品中毒或药物中毒？
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. 其他：皮肤病（如银屑病、多形红斑等）、鼠疫、狂犬病、流行性脑脊膜炎、流行性乙型脑炎、伤寒、霍乱、脊髓灰质炎等感染性疾病、炭疽、钩端螺旋体病、结核、传染性非典型肺炎等传染性疾病；性病或艾滋病病毒感染；先天性或遗传性疾病？
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. 是否还有以上未述及的症状、疾病或接受手术、诊疗或住院诊断和治疗？
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	女性补充告知栏
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. 目前是否怀孕？若告知“是”，已怀孕_____周。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. 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？
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. 是否患有或曾有阴道不规则流血、乳房肿块、溢乳、乳腺增生或纤维瘤、其他乳腺疾病？
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. 是否患有或曾有盆腔炎、子宫肌瘤、子宫内膜异位症、子宫颈上皮不典型增生、宫颈炎或息肉、卵巢肿瘤、畸胎瘤或其他妇科疾病？
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	两周岁以下（含两周岁）儿童补充告知栏
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. 请告知出生时体重_____公斤；出生时是否曾有早产、难产、产伤、窒息等异常情况？
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. 是否有新生儿溶血病等新生儿疾病、畸形、发育迟缓、惊厥、抽搐、脑瘫、智能障碍、先天性或遗传性疾病？
以上询问事项中若任何一项回答为“是”，请注明投保人、被保险人、问题序号及详细情况，如能提供病历及相关资料，请将复印件提交至本公司。				
序号	投/被保险人	说明内容		

**客户声明及签名：**

本人对上述各项内容均理解并作出了相应的如实告知，本人同意将此申请书作为原保险合同的一部分，如果有告知不实，渤海人寿保险股份有限公司有权解除本保险合同，对于合同解除前发生的保险事故，贵公司不承担保险责任。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。

投保人签名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_ 被保险人或其法定监护人签名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_