招商信诺

被保险人健康告知书

0200003

（下列勾选框内凡勾选“是”者，请在第7栏处对应项目号详述相关事宜）　　（2016年1月版）

保险合同编号□□□□□□□□□□　　被保险人姓名_____

1.（本栏内项目仅供复效、补充告知时填写）

A. 目前从事行业_____，职位_____，职务内容_____，年收入_____万元，单位名称_____。

B. 目前身高_____厘米，体重_____公斤。

在最近1年内是否出现：体重变化超过5公斤、反复头痛头晕、腹泻、尿血或不寻常的皮肤病？	1B.	是□	否□
C.（未成年人适用） 未成年人已有效和正在申请的人身保险（含本保险）的累计身故保额不得超过中国保险监督管理机构的规定限额：被保险人不满10 周岁的，限额为人民币20万元；被保险人已满10 周岁但未满18周岁的，限额为人民币50 万元。			
除本保险外，是否已拥有有效的人身保险或正在申请投保及复效其他人身保险？如“是”，请底栏详述。 除本保险外，已有效的人身保险和正在申请投保及复效的其他人身保险的累计身故保额为_____万元。	1C.	是□	否□
D. 是否曾经参加或计划参加如攀岩、跳伞、滑翔、滑水、探险等高风险活动？	1D.	是□	否□
2. A. 是否吸烟？如是，已吸烟____年，每天____支；于____年，因为_____停止吸烟。	2A.	是□	否□
B. 是否饮酒？如是，已饮酒____年，种类_____，每周饮酒_____毫升；于____年，因为_____停止饮酒。	2B.	是□	否□
C. 是否曾经或正在使用任何可成瘾药物、麻醉剂或接受戒毒治疗？	2C.	是□	否□
3. A. 过去五年内是否曾接受过血液、尿液、 X光、心电图、超声波、内窥镜、CT、活体检查或其它检查？	3A.	是□	否□
检查结果是否有异常？（如“是”，请底栏详述检查原因、检查项目及结果、诊断名称。）		是□	否□
是否因疾病或不适症状接受检查？（如“是”，请底栏详述检查原因、检查项目及结果、诊断名称。）		是□	否□
B. 是否在过去五年内曾经或目前正在接受诊疗、住院治疗、手术治疗或其它治疗？	3B.	是□	否□
4. 是否曾经或正患有、被告知患有下列疾病或因此接受治疗？			
A. 脑出血、脑梗塞、脑动脉硬化、癫痫病、精神病及其它神经精神系统疾病	4A.	是□	否□
B. 任何白内障、青光眼、中耳炎、视网膜疾病及其它眼耳鼻喉口腔疾病	4B.	是□	否□
C. 哮喘、慢性支气管炎、肺气肿、胸膜疾病、肺结核、支气管扩张及其它呼吸系统疾病	4C.	是□	否□
D. 高血压、冠心病、风湿性心脏病、先天性心脏病及其它心血管疾病	4D.	是□	否□
E. 食道疾病、胃炎、消化性溃疡、肝炎或病毒携带、肝硬化、胆囊炎、胰腺炎、肠炎及其它消化系统疾病	4E.	是□	否□
F. 肾小球肾炎、肾盂肾炎、肾病综合症、肾功能不全、尿路结石及其它生殖泌尿系统疾病	4F.	是□	否□
G. 糖尿病或血糖异常、甲状腺疾病或检查异常、肾上腺疾病及其它内分泌代谢系统疾病	4G.	是□	否□
H. 类风湿关节炎、系统性红斑狼疮、硬皮病及其它免疫系统疾病	4H.	是□	否□
I. 各种贫血、血小板减少性紫癜、淋巴瘤及其它血液系统疾病	4I.	是□	否□
J. 视力、听力、言语、咀嚼功能障碍及四肢残疾、胸廓、脊柱变形和功能障碍	4J.	是□	否□
K. 颈椎病、腰椎间盘突出症、骨与关节结核、骨关节病	4K.	是□	否□
L. 恶性肿瘤、良性肿瘤、结节、肿块、包块等占位性病变及不典型增生、新生物等	4L.	是□	否□
M. 性病、HIV抗体阳性者、艾滋病及其并发症	4M.	是□	否□
N. 任何身体异常、残疾、畸形、缺损、假体、受伤或上面未提到的其他任何疾病	4N.	是□	否□
5. 您的亲属(祖父母、双亲、兄弟姐妹)，是否有人患有癌症、高血压、心脏病、中风、肝硬化、肾病、肝肾囊肿、糖尿病、精神病或遗传性、先天性疾病或曾被发现为乙肝或其它肝炎或病毒携带者？	5.	是□	否□
6.（女性适用）			
A. 是否患有阴道异常出血、乳腺结节及包块、乳腺炎、宫颈疾病、畸胎瘤、葡萄胎、乳头溢液、乳房及子宫卵巢的检查异常以及其它乳房或生殖系统疾病？	6A.	是□	否□
B. 是否正在怀孕？如是，怀孕_____月，请提供完整孕产检手册（包括封面）、尿常规等所有检查报告。	6B.	是□	否□

7. **上述问题中，如有任何项目勾选为“是”，请在本栏对应项目号详列资料并提供有关病历和检查报告。**

项目	就诊医院	就诊原因	发病和就诊时间	检查项目	检查结果及疾病诊断名称	药物及手术名称/治疗效果	目前身体状态/是否需继续治疗

投保人、被保险人声明和授权

1. 本人声明本健康告知书上的一切陈述及问题的所有答案，均完全真实无遗，将成为保险合同的一部分，并成为或可能成为你公司签发该保险合同的依据。**本人同时声明本人如有隐瞒或告知不实，你公司可不承担保险责任或解除保险合同。**

2. 本人授权任何医生、医院、诊所、保险公司或组织及所有熟悉本人健康状况的人士，均可将本人以往的患病状况、病历等详细资料提供给你公司。本被保险人即使已死亡或丧失能力，其继承人及受益人也不可撤销或废止授权书而须受此授权书的约束。本授权书复印件与正本具同样效力。

投保人签名：_____　　被保险人签名：_____　　签署日期：_____年_____月_____日

温馨提示：体检时无需投保人签名，且仅限本人签名，需与投保单上签名样式保持一致。