

健康类告知:

- 1、被保人身高（厘米）；体重（公斤）；
- 2、您是否目前或曾经有吸烟习惯？
- 3、您是否目前或曾经有饮白酒、洋酒等烈性酒的习惯？
- 4、您在过去6个月内是否曾有过下列症状：反复头痛、眩晕、晕厥、咯血、胸痛、呼吸困难、呕血、黄疸、便血、听力下降、耳鸣、复视、视力明显下降、原因不明的皮肤或粘膜或齿龈出血、原因不明的发热、体重下降（3个月内超过5公斤）、原因不明的肌肉萎缩、身体的其他感觉异常或活动障碍等。
- 5、您在过去两年内是否做过血压、血液化验、心电图、X光、B超、超声心动图、CT、核磁共振、内窥镜及活体组织检查？若是，请在“健康告知说明栏”中注明检查原因、检查时间与检查结果。
- 6、您过去五年内是否曾住院诊疗？
- 7、身体残疾情况：您是否智能障碍？是否失明、聋哑、跛行、小儿麻痹后遗症？是否有脊柱、胸廓、四肢、五官、手指、足趾畸形或功能障碍？
- 8、您是否使用过任何成瘾药物，如镇静安眠剂、迷幻药、吸食有机溶剂或毒品？
- 9、您的父母、子女、兄弟姐妹中，是否有人患有癌症、糖尿病、多囊肝、多囊肾、血友病、精神疾病及其他遗传性疾病？
- 10、女性告知（≥14周岁填写）：您现在是否怀孕？
- 11、女性告知（≥14周岁填写）：是否患有或曾经患有阴道不规则出血、子宫肌瘤、子宫内膜异位症、卵巢囊肿、乳腺包块或肿块等女性疾病？
- 12、女性告知（≥14周岁填写）：是否被建议做宫颈涂片、乳房超声、X光、活检等？
- 13、两周岁以下儿童（含两周岁）告知：出生时
- 14、两周岁以下儿童（含两周岁）告知：是否多胎、早产、难产、先天性疾病、遗传性疾病或畸形、体重不增或增长缓慢？
- 15、您是否目前或曾经患有，或被怀疑患有哮喘、慢性支气管炎、支气管扩张、肺气肿、肺结核、肺纤维化等呼吸系统疾病？
- 16、您是否目前或曾经患有，或被怀疑患有脑出血、脑梗塞、短暂性脑缺血、脑血管瘤、多发性硬化、重症肌无力、帕金森氏综合症、癫痫、精神分裂症、抑郁症等神经系统及精神疾病？
- 17、您是否目前或曾经患有，或被怀疑患有高血压、冠心病、风湿性心脏病、心脏瓣膜病、先天性心脏病、心肌病、主动脉瘤、心律失常等心血管疾病？
- 18、您是否目前或曾经患有，或被怀疑患有肝炎、肝炎病毒携带、肝硬化、消化道溃疡/出血/穿孔、结肠炎、胰腺炎等消化系统疾病？
- 19、您是否目前或曾经患有，或被怀疑患有血尿、蛋白尿、肾炎、肾病综合症、肾衰竭、肾囊肿、膀胱疾病、前列腺疾病等泌尿生殖系统疾病？
- 20、您是否目前或曾经患有，或被怀疑患有糖尿病、痛风、甲状腺疾病、脑垂体疾病、肾上腺疾病、白血病、血友病、再生障碍性贫血、紫癜等内分泌、代谢及血液系统疾病？
- 21、您是否目前或曾经患有，或被怀疑患有类风湿性关节炎、风湿病、强直性脊柱炎、白塞氏病、系统性红斑狼疮、肌肉营养不良症、免疫缺陷病（艾滋病或艾滋病病毒携带）等骨骼、肌肉、结缔组织疾病？
- 22、您是否目前或曾经患有，或被怀疑患有中耳炎、白内障、青光眼、视神经或视网膜病变等眼、耳、鼻、喉或口腔疾病？
- 23、您是否目前或曾经患有，或被怀疑患有恶性肿瘤、尚未证实为良性或恶性的肿瘤、息肉、肿块、结节、囊肿、赘生物？

24、您是否目前或曾经患有，或被怀疑患有）先天性疾病、遗传性疾病、脑外伤后遗症、内脏损伤、急/慢性中毒或职业病等？

25、以上未提及的疾病或症状。

非健康类告知：

1、每年固定收入为：

2、您是否持有有效机动车驾驶证？

3、您是否拥有公费医疗、社会医疗保险或其他费用补偿型医疗保险？

4、您是否已购买或正在向其他保险公司申请购买（指提交投保申请但保险公司还未正式签单）人身保险合同？

5、您在过去投保人身保险时，或在申请保全复效时，是否被拒保、延期、加费、或对条款做特别约定，或申请过理赔？

6、您是否有参加飞行、潜水、跳伞、武术、拳击、赛车、特技表演、赛马等危险运动的爱好？

7、您是否计划1年以内前往其他国家或地区？

8、您是否负债超过200万元（自用房屋及车辆贷款除外）？