

《君龙小青龙6号AB款少儿重大疾病保险（互联网）》健康问卷

本健康问卷必须由投保人亲自填写、如您非投保人本人、或您是投保人本人、但不完全知晓所有被保险人的健康/职业状况或无法理解本问卷所提及的疾病与被保险人的健康状况是否一致、请立即停止填写本问卷。

投保人应在对所有被保险人健康和职业状况充分了解的基础上履行如实告知义务。根据《中华人民共和国保险法》规定、您在投保时应如实告知被保险人相关信息、如有隐瞒或不实告知、我公司有权依据法律规定及本保险条款约定：

（1）不同意承保或解除合同。

（2）如发生保险事故、本公司不承担赔偿或给付保险金的责任、对于故意不如实告知的、不退还保险费。

一、投保人请确认被保险人是否有以下情况？

1、过去两年内购买人身保险或健康保险时，是否被保险公司拒保、延期、加费或者附加相关条件承保；是否曾在保险公司申请过重大疾病险理赔？是否其他保险公司正在投保及生效中的重大疾病保险产品（含防癌险）累计保额>100万？

2、过去两年内：是否连续住院 ≥ 7 天，或因病累计服药天数 ≥ 30 ，或被建议住院或手术但实际未住院或手术？

3、过去一年内是否曾有以下医学检查（包括健康体检）结果异常的情况、或正在等待任何检查/诊断的结果、或需要进一步检查、治疗、住院：血常规检查（特指白细胞、红细胞、血红蛋白、血小板异常。不包括因明确诊断感冒、上呼吸道感染、急性支气管炎、急性支气管肺炎、流感而检查血常规异常且未被建议复查）、空腹血糖、糖化血红蛋白、肝功能、肾功能、甲状腺功能、肿瘤标记物、尿液检查、影像检查（X光、B超、彩超、CT、核磁共振、造影）、心电图、内窥镜、眼底检查、病理活检、肺功能、抗核抗体、抗O、激素检查（性激素、生长激素、胰岛素、糖皮质激素、肾上腺素）？

4、被保险人目前或过去一年内是否有过下列症状？

晕厥；未明确原因的头痛或眩晕；咯血或呕血；胸痛；呼吸困难；黄疸；便血；血尿或蛋白尿；听力下降；耳鸣；复视；视力明显下降；不明原因皮肤粘膜或牙龈出血；抽搐；惊厥；持续发热；半年内体重下降超过5公斤（主动减肥除外）；肌肉萎缩；性质不明的包块或肿物或结节或息肉或囊肿；淋巴结肿大。

5、是否目前或过去曾经患过（或被怀疑、疑似）下列疾病或症状或手术史？

- A. **肿瘤相关疾病：**恶性肿瘤（含白血病、何杰金氏病）、原位癌、类癌、低度恶性肿瘤、不典型增生、颅内肿瘤、颅内占位、甲状腺结节、乳腺结节、肺结节、肺磨玻璃影；
- B. **脑、神经系统及精神方面疾病：**癫痫、脑出血、脑缺血、颅内血管畸形、脑血管瘤、脑积水、颅脑检查异常、脑炎、脑膜炎、脑损伤、运动神经元病、脊髓疾病、重症肌无力、多发性硬化、肝豆状核变性、人格障碍、抑郁症、焦虑症、双向情感障碍、自闭症、精神障碍、意识障碍、震颤、瘫痪、脑瘫、痴呆、失去知觉、脑部手术史；
- C. **心血管系统疾病：**高血压、心律失常（不包括仅窦性心律不齐）、心包疾病、心内膜炎、心力衰竭、先天性心脏病（不含已自然愈合的卵圆孔未闭、房间隔缺损）、风湿性心脏病、心肌病、心肌肥厚、心房或心室增大、室壁瘤、动脉瘤、心脏瓣膜病、主动脉疾病、川崎病；
- D. **呼吸系统疾病：**呼吸衰竭、重症手足口病、慢性支气管炎、肺动脉高压、肺气肿、肺心病、哮喘、肺

结核、胸膜炎、肺栓塞、支气管扩张、气胸、间质性肺病、坏死性小肠结肠炎；

- E. **消化系统疾病：**胰腺炎、慢性乙型肝炎（包括乙肝病毒携带、小三阳、大三阳）、丙肝、肝功能失代偿、多囊肝、肝硬化、克罗恩病、慢性或溃疡性结肠炎、胃肠道息肉；
- F. **泌尿系统疾病：**尿路畸形、慢性肾炎、肾小球肾炎、肾病、肾脏功能不全、尿毒症、肾移植、肾病综合征、肾盂肾炎、多囊肾、单肾、肾萎缩；
- G. **骨骼、肌肉、结缔组织的疾病：**风湿或类风湿性疾病、椎管狭窄、脊柱裂、股骨头坏死、骨性关节炎、骨髓炎、皮炎、肌营养不良症、干燥综合症、结缔组织病、佝偻病、脊髓栓系综合症；
- H. **内分泌、免疫系统疾病：**糖尿病、空腹血糖受损、糖耐量异常、甲亢、甲减、甲状腺旁腺疾病、脑垂体疾病、肾上腺疾病、醛固酮增多症、类风湿性关节炎、风湿热、系统性红斑狼疮、系统性硬化病（硬皮病）、强直性脊柱炎；
- I. **血液、淋巴系统疾病：**中度及以上贫血、中性粒细胞减少症、粒细胞缺乏症、血友病、紫癜、脾大、再生障碍性贫血、骨髓增生性疾病、凝血功能障碍、坏疽、象皮病、原发性红细胞增多症；
- J. **皮肤、肢体、五官科疾病：**深 II 度或 III 度烧伤、骨生长不全、步态异常、坏死性筋膜炎、视网膜出血或剥离、视神经或视网膜病变、青光眼、近视（恶性近视眼，变性性近视，病理性近视）或近视 > 500 度（6 周岁含以下）或 > 1000 度（6 周岁以上）、失明、耳聋（失聪）、语言障碍、脊柱侧弯；
- K. **其他：**器官移植或造血干细胞移植、先天性疾病、遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常、智力发育异常、智能障碍、肢体残疾、重要器官缺如、畸形或功能障碍、抽动障碍（抽动症）或多动症、发育迟缓或生长迟缓；
- L. 2 周岁（含）以下被保险人：
 - （1）是否出生时体重低于 2.5 公斤或高于 4 公斤、或有早产（出生孕周 < 37 周）、窒息或缺氧史？是否出生转新生儿科就诊？
 - （2）是否目前或过去存在下列任一情况（不包括末次同项检查已复查正常）：甲状腺功能异常、骨密度或骨强度 Z 值 ≤ (-1.5)、心脏杂音、皮纹或臀纹或腿纹不对称且髋关节超声（或 X 线）检查异常、神经运动发育评估结果异常、听力筛查未通过、咖啡斑或牛奶咖啡斑。
- M. 被保险人在胎儿时期，是否存在检查异常或疑似异常？被保险人父母是否存在先天性疾病、遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常？
- N. 被保险人母亲既往是否有过晚期流产（妊娠 28 周及以后）、或复发性流产（≥ 3 次自然流产）？