

《重大疾病保险健康问卷》

投保单号:	
告知人: <input type="checkbox"/> 被保险人: <input type="checkbox"/> 投保人:	
一、过去两年内是否曾接受健康检查发现异常情形而被建议接受进一步检查或治疗?	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
二、过去一年内是否因生病或受伤, 接受过门诊或住院治疗? 如有, 在备注栏详细告知。	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
三、症状体征: 是否曾患有或被告知有下列症状, 或因下列症状接受治疗? <input type="checkbox"/> 慢性咳嗽、 <input type="checkbox"/> 咯血、 <input type="checkbox"/> 胸闷、 <input type="checkbox"/> 心慌、 <input type="checkbox"/> 气短、 <input type="checkbox"/> 浮肿、 <input type="checkbox"/> 声嘶哑、 <input type="checkbox"/> 吞咽困难、 <input type="checkbox"/> 呕血、 <input type="checkbox"/> 黑便、 <input type="checkbox"/> 腹痛、 <input type="checkbox"/> 黄疸、 <input type="checkbox"/> 贫血、 <input type="checkbox"/> 肿块、 <input type="checkbox"/> 血尿、 <input type="checkbox"/> 蛋白尿、 <input type="checkbox"/> 皮肤瘀斑、 <input type="checkbox"/> 不明原因皮下出血点、 <input type="checkbox"/> 渐进性消瘦、 <input type="checkbox"/> 持续性头痛、 <input type="checkbox"/> 晕厥、 <input type="checkbox"/> 抽搐、 <input type="checkbox"/> 昏迷、 <input type="checkbox"/> 长期发热	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
四、病史告知: 是否有以下需要告知的具体疾病, 如有, 请于“备注栏”详细告知:	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
1. 高血压、先天性心脏病、风湿性心脏病、心内膜炎、冠心病、心肌梗塞、心律失常、心肌炎、心肌病、脑血管意外、主动脉血管瘤、心律失常?	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
2. 帕金森氏病、癫痫、脑部疾病、脊髓疾病、精神病?	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
3. 哮喘、肺结核、肺气肿、支气管扩张、尘肺、矽肺、肺原性心脏病、慢性支气管炎、肺栓塞?	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
4. 消化性溃疡、萎缩性胃炎、食道、胃、十二指肠溃疡或出血、胰腺炎、肝硬化、肝炎、肝炎病毒感染、胆道感染或胆石症、肝内结石、肝功能异常?	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
5. 尿路结石或畸形、肾炎、肾病、肾功能不全、多囊肾、肾盂积水、前列腺疾病?	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
6. 癌症/肿瘤 (包括恶性肿瘤及尚未确诊为良性或恶性的息肉、肿瘤、囊肿、结节、赘生物)?	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
7. 糖尿病、痛风、类风湿性关节炎、垂体机能亢进或减退、甲状腺机能亢进或减退、肾上腺机能亢进或减退?	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
8. 系统性红斑狼疮、血友病、白血病、尿毒症、器官移植后?	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
9. 白内障、先天性疾病、遗传性疾病、职业病、药物过敏史?	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
10. 吸毒、性病、艾滋病及HIV呈阳性者?	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
11. 酒精或药物滥用成瘾、眩晕症、脑震荡、肢体麻痹?	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
12. 乳腺炎、子宫肌瘤、子宫颈癌、卵巢囊肿、卵巢癌、异位妊娠、乳腺增生 (包块、肿块)、乳腺癌、子宫内膜异位症、阴道异常出血? (女性被保险人专项回答)	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
13. 其他需要告知的具体疾病?	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
五、被保险人是否有跛行、脊柱或胸廓畸形、四肢 (含手指、足趾) 缺损或畸形、听力障碍、嗅觉障碍、中枢神经系统障碍?	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
六、是否曾被保险公司解除合同或申请人身保险而被延期、拒保或附加条件承保?	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
七、目前是否有已参加或正在申请中的其他人身保险? 如有, 请在备注栏详细告知承保公司, 保险险种名称、保险金额、保单生效时间。	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
八、父母兄弟姐妹中是否有人曾患有遗传性疾病、结核病、肝炎、肝硬化、癌症、糖尿病、肾病、心脏病、中风、高血压、动脉硬化、精神病或曾患乙型肝炎、丙型肝炎或为病毒携带者, 或60岁以前因病身故?	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
备注:	
声明: <p style="text-align: center;">本人对此告知问卷各项要求均已了解, 告知内容均属实且完整无误。如果存在告知不实的情形, 即使保单签发、合同生效、保险公司仍可依照《保险法》规定, 不承担任何保险责任。</p> <p style="text-align: center;">本人授权保险公司查阅相关医疗记录及相关病历资料。</p> <p>投保人签字: _____ 被保险人签字: _____ 日期: _____ 日期: _____</p>	