

## 电销健康告知

保险单号  投保人\_\_\_\_\_被保险人\_\_\_\_\_申请日期：\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

被保险人告知事项（以下各项问题中，若答案为“是”，我公司将遗憾地谢绝您的投保申请）：	是	否
1. 被保险人是否正在接受治疗？或者最近 12 个月内有无连续服药超过 2 个月？或连续因病住院超过 15 天？或累计住院超过 30 天？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 被保险人在过去 6 个月內有没有出现不明原因的肿块，体重下降，黑痣明显变化，淋巴结持续肿大？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 被保险人是否曾被保险公司拒保、延期、拒赔或加收额外保费？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 被保险人是否曾因下列疾病接受治疗或患有下列疾病？ (1) 先天性疾病，遗传性疾病，任何残疾、失聪、失明，瘫痪，III度烧伤； (2) 智能障碍，精神疾病，癫痫，脑肿瘤、脑炎后遗症或脑膜炎后遗症，脑损伤，脑血管瘤，脑动脉瘤，脑囊肿，深度昏迷，多发性硬化，运动神经元病； (3) 恶性肿瘤，原位癌，艾滋病及 HIV 呈阳性，吸食、注射成瘾性药物或毒品，红斑狼疮，曾经接受或需要接受开颅、开胸手术、骨髓移植手术，器官移植手术或器官切除手术； (4) 严重呼吸系统疾病（新生儿窒息，新生儿肺炎、终末期肺病，肺纤维化，肺动脉高压，支气管扩张，慢性肺结核，严重哮喘）； (5) 严重心脑血管疾病（血压高于 160/95mmHg，先天性心脏病、冠心病，心绞痛、心肌梗塞，心肌病，肺心病，风湿性心脏病，心功能不全，主动脉瘤，脑梗塞，脑出血，新生儿颅内出血）； (6) 严重肝脏疾病（乙肝大三阳，转氨酶高于正常值 2 倍以上，丙肝，酒精性肝炎，急性或亚急性重症肝炎，肝硬化，肝功能衰竭）； (7) 严重肾脏疾病（肾病综合症，肾功能不全，尿毒症，多囊肾）； (8) 糖尿病，血液病（白血病，再生障碍性贫血），川崎病，何杰金氏病，类风湿性关节炎，肌营养不良症； (9) 若被保险人年龄 3（不含）周岁以下，请回答此条询问：早产，器械助产，过期产，出生时体重低于 2 公斤，体重不增或增长缓慢（每月体重增加少于 0.5 公斤），高热惊厥，未按时接种，新生儿病理性黄疸，脊髓灰质炎。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 您目前已有或正在申请除本公司以外的人身保险？若是，被保险人累计已承保且有效的和正在申请保单的保额 _____ 万。（18 周岁以下（不含 18 周岁）请回答此项内容）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 告知栏

序号	告知对象	告知内容

**被保险人声明：** 本人对上述各项内容均已理解并做出了相应的如实告知，且告知内容均完整、真实。如有隐瞒或日后发现与事实不符，即使保险单签发，贵公司仍可依法解除本保险合同，不负给付保险金责任。

投保人签名：  
年 月 日

被保险人或监护人签名：  
年 月 日