

个人保全健康告知书

公司提示：请您在仔细阅读本填表说明后用蓝、黑墨水笔填写本告知书，并在合适的回答方框内打√。

保险合同号码：	投保人姓名：	保全受理号：
被保险人姓名：	申请日期：	

请被保险人回答以下所有问题

未成年被保险人【18岁（不含）以下】投保情况告知

被保险人健康告知

1. 身高_____（厘米） 体重_____（公斤）							
2. 有无吸烟习惯？若有，请详述：（被保险人）每天____支，已吸烟____年；请说明停止吸烟的原因及时间：_____。	□是 □否						
3. 有无饮酒习惯？若有，请告知饮用何种酒_____，饮酒量_____（两/天），饮酒_____年。	□是 □否						
4. 有无驾驶执照？若有，请告知驾照类型_____；有无交通事故纪录 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无，若有，请在备注栏中说明	□是 □否						
5. 有无参加飞行、潜水、跳伞、武术、拳击、赛车等危险运动或爱好？若有，请说明：_____。	□是 □否						
6. 最近六个月，您是否有新发的或以往曾有的任何身体不适？如：反复头痛、眩晕、胸痛、咳嗽、咯血、气喘、腹痛、便血、紫斑、消瘦（体重在3个月内下降超过5公斤）。	□是 □否						
7. 最近六个月，您是否接受过医师的诊察、治疗、用药、住院或手术建议？	□是 □否						
8. 您在过去2年内是否因非健康体检的原因做过血压、血液化验、心电图、X光、B超、超声心动图、CT、核磁共振、内窥镜以及活体组织检查？若有，请在备注栏中注明检查时间与检查结果。	□是 □否						
9. 您过去是否住院诊疗？若有，请写明住院的原因、时间、治疗结果及医院名称。	□是 □否						
10. 身体残疾情况：有无智能障碍？是否失明、聋哑、跛行、小儿麻痹后遗症？有无脊柱、胸廓、四肢、五官、手指、足趾畸形或功能障碍？有无言语、咀嚼、视力、听力、嗅觉、四肢及中枢神经系统机能障碍？	□是 □否						
11. 身体各系统疾病情况							
11-A. 支气管炎、肺炎、肺气肿、支气管扩张、肺结核、哮喘以及其它呼吸系统疾病；	□是 □否						
11-B. 精神病、抑郁症、神经官能症、癫痫病、肢体麻痹、脊髓病变、重症肌无力、帕金森症、脑中风、脑动静脉畸形、短暂性脑缺血、肝豆状核变性，以及其它神经、精神疾病；	□是 □否						
11-C. 高血压（指血压的收缩压≥140mmHg或舒张压≥90mmHg）、冠心病、先天性心脏血管病、心脏瓣膜病、风湿性心脏病、主动脉瘤、心脏病、心肌梗、心律失常，以及其它心血管疾病；	□是 □否						
11-D. 肝炎、乙肝病毒携带、脂肪肝、肝硬化、胰腺疾病、慢性胃炎、肠炎、消化道溃疡及其它消化系统疾病；	□是 □否						
11-E. 肾炎、肾病综合症、多囊肾、肾功能异常、肾结核、泌尿系感染以及其它泌尿系统疾病；	□是 □否						
11-F. 癌症、肿瘤、白血病、腺瘤、息肉、囊肿、结石、血管瘤，任何包块或肿物、紫癜症、贫血、脾脏疾病；	□是 □否						
11-G. 糖尿病、甲状腺疾病、甲状旁腺疾病、肾上腺疾病、脑垂体异常、类风湿性关节炎、风湿病、痛风、肌肉骨骼关节疾病、红斑狼疮、免疫性疾病、免疫缺陷病（艾滋病或艾滋病带原）、性病、皮肤疾病；	□是 □否						
11-H. 白内障、青光眼、视神经或视网膜病变、中耳炎、鼻中隔偏曲、听力减退、不明原因声音嘶哑等；	□是 □否						
11-I. 先天性疾病、遗传性疾病、脑外伤后遗症；尘肺、矽肺、石棉肺、各种慢性中毒等职业病；	□是 □否						
11-J. 有无以上未提及的其它疾病或症状。	□是 □否						
12. 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？	□是 □否						
13. 18岁及以上女性健康告知							
13-A. 是否正在怀孕？如是，孕期_____周；	□是 □否						
13-B. 是否患有或曾经患有子宫肌瘤、子宫内膜异位症、月经不调、异位妊娠、乳腺炎、乳腺增生、乳腺包块或肿块、血性溢乳、阴道不规则出血、不孕症等女性疾病？	□是 □否						
14. 2周岁及以下儿童健康告知							
14-A. 出生时身高_____厘米，体重_____公斤；	□是 □否						
14-B. 是否为早产、难产、过期产？有无抽搐、窒息？有无体重不增或增长缓慢？	□是 □否						
15. 家族病史告知							
15-A. 您的父母、子女、兄弟姐妹中，是否有人患有心脏病、脑中风、高血压、多囊肾、癌症、血友病、糖尿病、精神疾病、肺结核、病毒性肝炎、肝硬化、肝豆状核变性、艾滋病以及其它遗传性或传染性疾病？	□是 □否						
15-B. 您的直系亲属中，是否有60岁以前去世的？若有，请在备注栏说明原因。	□是 □否						
2-15项中，若有回答为“是”的项目，请在本栏中详细说明。							
项目编码	疾病名称	患病时间	医院名称	治疗情况	目前情况	检查结果	目前情况

声明：

- 1、 本人声明已阅读本健康告知书，对此告知书的各项要求均已了解，所填写各项均属实并无欺瞒。上述一切陈述及本声明将成为签发保险合同、保全批单和理赔的依据，并作为保险合同的组成部分。
 - 2、 本人同意本告知书将成为申请本项保全变更之根据。本人同意本项保全变更申请须经贵公司核准后方可生效，将不会因任何付款协定或已缴付保险费而发生效力。
 - 3、 投保人和被保险人现授权贵公司从任何内、外科医生、医院、诊所、保险公司或任何组织单位，就有关保险合同变更事宜，查询有关投保人及被保险人的资料或索取其它有关证明文件。
 - 4、 此告知书的影印件与正本具有同样效力。
- 请您仔细阅读并同意告知书中的声明后，在以下签名栏中签名：

投保人（签名）：	被保险人或其监护人（签名）：	签署日期：
----------	----------------	-------

为维护您的权益，请勿在空白的《个人保全健康告知书》上签名。签名前，请先核对所填写的资料。