中荷人寿保险有限公司

健康声明书

保险合同编号：　　被保险人姓名：

投保单编号：　　投保人姓名：

被保险人健康告知（如投保计划中包含保费豁免险种，请在投保人健康说明栏中说明。）

a.**身高：** 厘米		b.**体重：** 公斤	
1. 是否有烟酒习惯：	a. 是否吸烟:若“是”，_____支/天，已吸烟_____年。 b. 是否饮酒:若“是”， 种类:_____，数量_____克（瓶）/周，已饮酒_____年。		
	c. 是否曾接到医生对您有关吸烟、饮酒的建议和警告？（如为是请在备注栏中详细说明）	☐是	☐否
2. 女性告知	**a. 是否怀孕？若“是”，_____周，最后一次月经日期为_____年_____月_____日**		
	b. 是否曾患有子宫内膜异位症、阴道异常出血、盆腔炎症、子宫脱垂、乳房疾病或生殖器官疾病、子宫颈涂片异常、妊娠并发症？（如为是请在备注栏中详细说明）	☐是	☐否
3. 6 周岁（含）以下的儿童健康告知：	**被保险人为怀孕_____周出生的儿童；出生时体重为_____克。**		
	a. 被保险人出生时是否曾有窒息史、抢救史或置于保温箱史？ b. 被保险人从出生至今是否曾接受住院治疗或外科手术？ c. 被保险人是否曾治疗或被告知患有先天性疾病、遗传性疾病、先天性畸形或缺陷？ d. 是否曾接到医生对被保险人生长发育方面的建议和警告？ e. 被保险人的母亲在怀孕期间是否曾接到医生有关母婴健康方面的建议和警告？ （以上如为是请在备注栏中详细说明）	☐是	☐否
4. 最近 **六个月** 内是否接受过医师的诊察、治疗、用药并被医生建议做进一步的检查、治疗、住院或手术？			
5. 最近 **两年** 是否曾住院、手术或接受下述相关检查： 血压、尿液化验、血液化验、肝功能、肾功能、X 光、CT、核磁共振、心电图、活检、超声波、内窥镜、血管造影、乳腺照相等？ 如是，请告知进行该检查的原因、检查结果及医师的建议，并请提交检查报告。			
6. 最近 **五年** 是否曾有下列症状或体征？ 持续发热、头痛、抑郁、焦虑、眩晕、晕厥、抽搐、耳鸣、吞咽困难、言语不清、胸痛、气喘、心慌、心杂音、心脏扩大、不能平卧、紫绀、呼吸困难、咯血、反复咳嗽咳痰、腹痛、呕血、黑便或血便、慢性腹泻、肝区疼痛、黄疸、肝脾肿大、腹水、血尿、蛋白尿、尿痛、浮肿、颈肩痛、腰腿痛、四肢感觉及运动异常、震颤及不随意运动、肌肉萎缩/痉挛、关节疼痛、不明原因的皮肤紫斑或出血点等			
7. 身体有无下述残障情况： a. 脑脊液鼻漏或耳漏、智力障碍； b. 视力、听力、嗅觉、或语言功能等障碍；眼部、耳部、鼻部的残疾；舌缺损、牙齿脱落； c. 心脏损伤、脾或肺切除、肋骨骨折或缺失； d. 咀嚼或吞咽功能丧失、胃切除、小肠切除、结肠或直肠切除、胰腺或肝切除； e. 肾切除、输尿管闭锁或缺失、膀胱切除、尿道狭窄、男性睾丸萎缩或缺失、输精管闭锁或缺失、女性子宫切除、乳房切除； f. 上或下颌骨缺失、颜面部软组织缺失、颞下颌关节强直、手指或手掌缺失、两上肢或两下肢长度不等、关节功能丧失、足趾或足部缺失、颈部或腰部活动受限、肢体肌力下降； g. 脊柱、胸廓、四肢指趾畸形或缺陷； h. 皮肤损伤或瘢痕。			
8. 是否曾治疗或被告知患有下列病症： a. 高血压、冠心病、心绞痛、心肌梗塞、心律失常、缩窄性心包炎、心包积液、心内膜炎、风湿性心脏病、先天性心脏病、肺源性心脏病、心肌病、心脏瓣膜疾病(狭窄、闭锁不全、畸型)、主动脉瘤、血管炎、脑血管意外(脑出血、脑梗塞、脑栓塞、短暂性脑缺血发作)、脑血管畸形、脑动脉血管瘤； b. 慢性支气管炎、肺炎、肺结核、哮喘、支气管扩张症、肺气肿、气胸、胸腔积液、肺脓肿、肺栓塞、胸膜炎、尘肺（包括各种外部粉尘所致的肺疾患）、肺间质病变或肺纤维化；			

官网下载版

请双面打印使用

c.肝炎病毒携带者、肝炎、肝硬化、肝功能异常、脂肪肝、肝脓肿、肝囊肿、肝血管瘤、食道静脉曲张、慢性胃炎、消化道溃疡/出血/穿孔、胰腺炎、胆囊炎、肝胆结石、化脓性胆管炎、痔疮、疝气、肠激惹综合征、肠梗阻、结肠炎、克隆病、肠结核、腹膜炎；

d.肾炎或肾病、肾病综合征、肾功能异常、尿毒症、肾囊肿、肾盂肾炎、肾积水、肾结核、肾下垂、泌尿系统结石、尿路畸形、泌尿系统感染、前列腺肥大/发炎、精索静脉曲张、性病；

e.糖尿病、痛风、甲状腺或甲状旁腺疾病、垂体机能亢进或减退、肢端肥大症、柯兴综合征、肾上腺疾病、高血脂症、其它先天或后天代谢紊乱性疾病；

f.癌症、肿瘤、囊肿、息肉、结节、肿大及赘生物；

g.贫血、血友病、白血病、紫癜、粒细胞缺乏、红细胞增多症、淋巴结肿大、脾脏疾病及其它血液系统疾病；

h.风湿性关节炎、类风湿性关节炎、骨折或关节脱位、骨关节病、椎间盘突出、脊柱炎、骨质疏松症、骨髓炎、骨结核、颈椎病；

i.白内障、青光眼、视网膜病变（出血、剥离或黄斑变性）、飞蚊症、视神经病变、斜视、虹膜炎、复视、视野缺损、角膜疾病、中耳炎、乳突炎、美尼尔氏病、前庭神经炎、神经性耳聋、鼻窦炎、鼻息肉、鼻中隔弯曲、声带息肉；

j.癫痫、瘫痪、脑炎、脑膜炎、脑积水、脑震荡或外伤、脑脓肿及囊肿、脑萎缩、痴呆性疾病、舞蹈病、多发性硬化症、运动神经元疾病、帕金森氏病或综合征、小脑共济失调、脊髓疾病、脊髓灰质炎、坐骨神经痛、末梢神经炎或神经病、重症肌无力、肌营养不良症、肌炎或肌病及各种精神疾病；

k.系统性红斑狼疮、硬皮症及其它结缔组织或自身免疫疾病；

l.烧伤、皮肤真菌病、湿疹、多形红斑、银屑病、白塞综合征、念珠菌病、丹毒、结节性红斑、鱼鳞病、天疱疮、荨麻疹及其他皮肤疾病。

9.您及您的配偶是否曾接受或试图接受与艾滋病有关的咨询、检验或治疗？

10.曾在过去6个月内持续一周以上出现下列症状:体重下降、食欲不振、盗汗、腹泻、淋巴结肿大及皮肤溃疡？

11. 是否曾经服用毒品、麻醉剂及其它违禁药物？是否有药物依赖或接受过戒毒治疗？

12.父母或兄弟姐妹中是否曾于60岁以前患心脏病、中风、高血压、糖尿病、肾脏病、癌症或遗传性疾病？

被保险人健康说明栏	**投保人健康说明栏**
☐被保险人 **无** 以上**被保险人健康告知4至12项**所列出的情况。 ☐被保险人 **有** 以上第_____项所列出的情况。（请在下栏说明：项目编号、所患疾病、患病时间、医院名称、治疗情况及目前状况）。	**若投保保费豁免险种，投保人也请告知：** **投保人身高 _____厘米，体重_____公斤。** ☐投保人**无**以上**被保险人健康告知1至12项**所列出的情况。 ☐投保人**有**以上第_____项所列出的情况。（请在下栏注明：项目编号、所患疾病、患病时间、医院名称、治疗情况及目前状况）。

投保人及被保险人声明与授权

1.本人已完整阅读并完全了解上述健康询问内容，本人确认已根据投保人及被保险人实际情况就上述健康询问内容进行了如实告知。本人同意该投保补充告知书作为保险合同的组成部分。

2.本人对本健康声明书、与本健康声明书有关的各份问卷及文件、对中荷人寿体检医生的各项声明与陈述均确实无误。若有不符，中荷人寿有权解除本保险合同。

3.本人授权中荷人寿向任何内、外科医生、医院、诊所、保险公司或任何组织查阅有关投保人及被保险人的资料或索取其它有关证明文件。

被保险人签名:_____

（需由被保险人亲自签名，若被保险人为未成年人，则由其法定监护人亲自签名）

投保人签名: _____

（需由投保人亲自签名）

日期: _____年_____月_____日

中荷人寿承诺妥善保管并在您允许的范围内合理使用您所提供的个人信息，未经投保人及被保险人的同意，不会将客户信息用于中荷人寿或第三方机构的销售活动。

请双面打印使用

官网下载版