

复星保德信人寿保险有限公司 健康声明书

 保险合同编号：

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 申请事项： 申请恢复效力 增加附加合同保额 新增附加合同 补充告知 其它_____

A. 被保险人经历告知 (如本次申请中涉及投保人保险费豁免类产品, 请在本栏中说明投保人经历情况)

1. 您是否拥有社会医疗保险或所在单位给与的医疗费报销? 是否拥有其他任何商业保险? 若“是”, 请详述:

社会医疗保险或单位医疗费报销	商业保险	寿险、意外险总保额	重大疾病险总保额	医疗险住院津贴	投保日期
被保险人: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	元	元	元/天	
投保人: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	元	元	元/天	

 2. 您既往的投保申请是否曾被拒保、延期、加费或作任何形式的修改? 若“是”, 请说明 □是□否

公司名称	保险险种	申请日期	具体原因
被保险人:			
投保人:			

 3. 是否曾从事或准备从事高难度性之竞赛或活动? 如赛车, 飞行, 跳伞, 深潜, 拳击, 武术或特技表演等运动? 被 保 险 人 投 保 人
 若“是”, 请在备注栏详述 □是□否 □是□否

 4. 您是否每年在国外逗留超过3个月或现正准备去国外? 如“是”请在备注栏详述 □是□否 □是□否

5. a. 现从事职业及职务内容		
b. 服务单位(就读学校)名称、地址及业务性质		
c. 目前常住地址及户籍所在地		
d. 去年全年收入(包括基本工资、奖金、分红和红利)		

B. 被保险人健康告知 (如本次申请中涉及投保人保险费豁免类产品, 请在本栏中说明投保人健康情况)

1. 身高体重 a. 被保险人身高: _____ 厘米/体重: _____ 公斤 b. 投保人身高: _____ 厘米/体重: _____ 公斤 (请注意单位)

2. 吸烟习惯 a. 被保险人: □是(____支/天, 已吸烟____年) □否 b. 投保人: (____支/天, 已吸烟____年) □否

 3. 饮酒习惯 a. 被保险人: □是(种类____, 数量____两(瓶)/周, 已饮酒____年, 如已戒酒, 戒酒____年) □否
 b. 投保人: □是(种类____, 数量____两(瓶)/周, 已饮酒____年, 如已戒酒, 戒酒____年) □否

 4. 是否曾治疗或被告知患有下列病症? (如回答“是”, 请在健康说明栏详述病症名称, 治疗情况及目前情况) 被 保 险 人 投 保 人

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;	□是□否	□是□否
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;	□是□否	□是□否
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;	□是□否	□是□否
d. 尿中有血或蛋白或糖、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;	□是□否	□是□否
e. 糖尿病、血糖异常、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;	□是□否	□是□否
f. 癌症、肿瘤、囊肿、息肉、结节、肿大及赘生物;	□是□否	□是□否
g. 贫血、血友病、白血病、紫癜或瘀斑、粒细胞缺乏、红细胞增多症、淋巴瘤、脾脏疾病及其它血液系统疾病;	□是□否	□是□否
h. 长期关节疼痛、关节炎、骨折或关节脱位、骨关节病、颈椎病、椎间盘突出、脊柱炎、骨质疏松症、骨髓炎、骨结核、胸廓、四肢指趾畸形或缺陷;	□是□否	□是□否
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、失明或视力减退、虹膜炎、复视、视野缺损、角膜疾病、中耳炎、美尼尔氏病、耳聋或听力减退、鼻息肉、鼻中隔弯曲、声带息肉、声带结节、扁桃腺疾病, 其他眼、耳、鼻、喉、扁桃腺及口腔疾病;	□是□否	□是□否
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、语言障碍、智能障碍、抑郁症、其他精神疾病;	□是□否	□是□否
k. 系统性红斑狼疮及其他自身免疫疾病、免疫缺陷病(艾滋病或艾滋病毒携带)、性传播疾病;	□是□否	□是□否

1. 是否有上述未提及的疾病或症状?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5. 其他诊疗经历 (如回答“是”, 请在健康说明栏详述, 如有检查报告或出院小结, 请一并提供)	被保险人	投保人
a. 最近五年内是否接受: 血液化验、X光、CT、核磁共振、心电图、活检、超声波、内窥镜、乳腺照相等检查?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
b. 过去是否因疾病或受伤曾住院治疗?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
c. 是否使用过任何成瘾性药物, 例如吸毒、使用麻醉剂等? 是否有药物依赖或接受过戒毒治疗?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
6. 其他症状体征 (如回答“是”, 请在健康说明栏详述)	被保险人	投保人
a. 最近六个月内是否出现体重下降超过5公斤, 是否持续一周以上出现乏力、腹泻、淋巴结肿大?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
b. 过去是否有: 慢性咳嗽、持续头痛、腹痛、长期发热、高度近视? 如是, 请在备注栏详述。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
7. 家族成员健康情况 (如回答“是”, 请在健康说明栏详述)	被保险人	投保人
a. 父母或兄弟姐妹中是否有60岁前去世的?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
b. 父母或兄弟姐妹中是否有60岁前确诊罹患中风、高血压、糖尿病、多囊肾、血友病、癌症、精神病或遗传性疾病?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
8. 被保险人为女性时请填写 (如回答“是”, 请在健康说明栏详述)	被保险人	投保人
a. 目前是否怀孕? 如是, _____周	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
b. 是否曾患有子宫肌瘤、子宫内膜异位症、月经失调、不孕症、异位妊娠、乳腺肿块或结节等女性疾病?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
9. 被保险人为3周岁(含)以下的儿童时请填写 (如回答“是”, 请在健康说明栏详述)		
a. 被保险人为怀孕第_____周出生, 出生时体重_____克。		
b. 被保险人出生时是否曾有窒息史、抢救史, 是否曾置于保温箱或接受特殊护理?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
c. 从出生至今是否曾接受住院治疗或外科手术?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
d. 被保险人是否曾治疗或被告知患有先天性或遗传性疾病、畸形或缺陷、脑瘫、发育迟缓或智能障碍?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
被保险人健康说明栏 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)。	投保人健康说明栏 投保人有以上第_____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)。	

备注栏 (若投保人、被保险人有任何未尽事宜、请在本栏说明)

--

声明及同意书:

1. 本声明书、与本声明书有关之各份问卷及文件, 对复星保德信人寿保险有限公司 (以下简称“贵公司”) 之各项声明与陈述均确实无误, 并成为贵公司审核本保险合同恢复效力、增加保险金额等变更之依据。如上述资料不属实且对贵公司作出承保决定有影响的, 除法律另有规定外, 则任何根据该资料所缮发保险合同将作解除处理。
2. 即使本人已支付部分或全部初算保险费, 本变更申请仍未生效, 只有在贵公司依据本通知书批准或签发有关保险合同批单及保险合同, 且在送交保险合同批单或保险合同时本人身体仍为健康的前提下, 本变更申请才生效, 生效日以保险合同批单上所载批准变更生效日期为准。
3. 本人现授权任何内外科医生、医院、诊所、保险公司或任何组织, 及所有熟悉被保险人/投保人健康状况之人士, 均可将本被保险人/投保人以往之患病情况, 病历等详细资料向贵公司及其代表说明, 本被保险人/投保人即使已经死亡或丧失能力, 本人之继承人及受让人亦不可撤销或废止授权书而须受此授权书约束, 此授权书之副本与正本具同样效力。

为维护您的权益, 请勿在空白之“健康声明书”上签名, 签名前请再次核对所填写的资料。

投保人签名

被保险人/监护人签名

签名须本人亲笔, 并与原留存于本公司的签名样本一致; 若被保险人为未成年人则由其法定监护人签名。

签署地

签署日期年/月/日

代办人/保险营销员/业务人员签名: _____

保险营销员/业务人员编码: _____

营销服务部/销售部门: _____