

重要提示：如果以下选项有选“是”的，须经我公司核保通过后，方可出具保险合同。如有疑问，请向我公司客户服务中心咨询。咨询电话：95519。

一、是否曾经患过或正患有下列疾病之一：恶性肿瘤、高血压、冠心病、心肌梗塞、糖尿病、恶性淋巴瘤、白血病、脑出血、脑梗塞、肾功能衰竭、癫痫、精神病。

二、是否接受过下列任一项手术或治疗：器官移植、肾透析、冠状动脉搭桥手术、冠状动脉支架植入术。

三、是否从事下列职业之一：海上渔业、井下作业、火药炸药制作及应用、防暴警察、特种兵。

四、是否在最近 5 年内发生过保险理赔。

五、目前是否已经参加或正在申请中的其它保险公司包含身故保险责任的人身保险。

如果您投保的产品中含有“重大疾病保险金”或“疾病身故保险金”或“癌症保险金”，请填写以下项目：

1. 被保险人是否有以下情形：

（1）曾经/目前患有癌症、恶性肿瘤、包块或肿物、白血病、脑血管疾病、冠心病、先天性心脏病、心肌炎、心律失常、主动脉疾病、高血压、糖尿病、肝炎、肝硬化、肾炎、尿毒症、慢性萎缩性胃炎、直肠炎、结肠炎、胰腺炎、慢性支气管炎、肺心病、支气管扩张、甲状腺疾病、甲状腺结节、风湿性心脏病、红斑狼疮、脑肿瘤、脑脊髓膜炎。

☐是 ☐否

（2）过去 2 年内是否曾因病（非意外事故）导致连续服药、接受治疗超过 15 天，有住院或被要求进一步检查、手术或住院治疗。

☐是 ☐否

2. 被保险人的身高_____厘米，体重_____公斤。

3. 被保险人每日吸烟是否超过 10 支，每日饮酒（白酒）是否超过 50 毫升。

☐是 ☐否

4. 被保险人是否被保险公司（包括本公司及其他保险公司）解除合同或投保、复效时被拒保、延期、附加条件承保，是否发生过任何形式的人身险索赔。

☐是 ☐否

5. 被保险人的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、精神病或曾是乙肝、丙肝病毒携带者或 60 周岁以前因病身故。

☐是 ☐否

6. 女性告知（未满 18 周岁或非女性免告知）：

（1）被保险人是否怀孕如是，孕期第_____周。

（2）被保险人是否患有子宫肌瘤、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、阴道不规律出血等疾病。

☐是 ☐否

（3）被保险人过去 2 年中是否做过宫颈涂片（包括 TCT）检查。

☐是 ☐否