

# 长生人寿保险有限公司

## 健康声明书

保险合同号码: \_\_\_\_\_

※ 若保险条款中涉及对投保人保费豁免事项, 投保人栏必须填写。(请您用黑色水笔填写以下内容, 并在相应口内打勾)

<A>一般告知事项		被保险人	投保人
1.	您是否正在申请或已购买其它保险公司的寿险或重大疾病保险且累计保额超过 80 万元? 或累计医疗津贴保险日额超过 500 元? 若“是”, 请详细告知公司名称、险种、保额及生效日期。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2.	申请人身保险、人身意外伤害或健康保险是否曾被拒保、推迟、加费或作任何形式修改?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
3.	是否曾向任何保险公司提出过索赔申请?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
4.	是否正在或计划参加私人性质飞行或携带氧气瓶潜水或登山或从事任何危险性运动? 若“是”, 请填写《危险运动及/或嗜好问卷》, 连同投保单一并递交。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5.	是否正计划离开目前居住地去国外居住? 若“是”, 请填写《国外旅行及居住问卷》, 连同投保单一并递交。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
6.	是否在工作时间内以摩托车为工作所必需的交通工具(上下班除外)?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
7.	是否拥有公费医疗或社会医疗保险?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<B>健康告知事项		被保险人	投保人
1.	被保险人: 身高_____厘米, 体重_____公斤; 投保人: 身高_____厘米, 体重_____公斤; 被保险人过去一年内体重是否有 5 公斤以上的增减? 若“是”, 增/减_____公斤, 原因_____ 投保人过去一年内体重是否有 5 公斤以上的增减? 若“是”, 增/减_____公斤, 原因_____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2.	<a> 是否吸烟或曾吸烟? 若“是”, <input type="checkbox"/> 已吸烟_____年、_____支/天 <input type="checkbox"/> 曾吸烟_____年、_____支/天 停止时间及原因_____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	<b> 是否饮酒或曾饮酒? 若“是”, <input type="checkbox"/> 已饮酒_____年, 种类_____, 每周数量_____ (请写明单位) <input type="checkbox"/> 曾饮酒_____年, 种类_____, 每周数量_____ (请写明单位) 停止时间及原因_____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	<c> 是否曾接到医生对您饮酒、吸烟的建议和警告?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
3.	是否曾有以下症状、曾被告知患有以下疾病或因此接受治疗?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	<a> 反复头晕、反复头痛、晕厥、震颤、胸闷、胸痛、心慌、气急、不能平卧、咳血、呕血、呼吸困难、黄疸、腹痛、肝区疼痛、便血、血尿、蛋白尿、尿糖阳性、浮肿、肿块、眼睛胀痛、视力或听力明显下降、视物不清、不明原因的声嘶、关节红肿、关节酸痛、紫绀、皮下出血点、鼻衄、反复齿龈出血、不明原因发热?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	<b> 高血压病、风湿性心脏病、心脏杂音、心律失常、缩窄性心包炎、心内膜炎、先天性心脏病、缺血性心脏病、心肌梗塞、心肌肥厚、血管瘤、心肌病、血管畸形、下肢静脉曲张等循环系统疾病?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	<c> 慢性支气管炎、哮喘、肺脓肿、肺栓塞、胸膜炎、肺气肿、支气管扩张、肺结核、肺部肿瘤或肺结节或肺磨(毛)玻璃影、尘肺、矽肺等呼吸系统疾病?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	<d> 肝炎病毒携带、肝炎、肝硬化、肝脓肿、肝脾肿大、胆囊炎、胆结石、胆管结石、化脓性胆管炎、消化道溃疡、出血及穿孔、慢性胃炎、消化道息肉、溃疡性结肠炎、胰腺炎、肛管疾病等消化系统疾病?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	<e> 肾炎、肾病综合征、肾功能异常、尿毒症、肾囊肿、肾下垂、尿路结石、尿路畸形、前列腺炎、前列腺增生等泌尿生殖系统疾病?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	<f> 糖尿病、痛风、肢端肥大症、垂体机能亢进或减退、甲状腺或甲状旁腺机能亢进或减退、甲状腺结节、肾上腺机能亢进或减退等内分泌系统疾病和代谢疾病?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	<g> 风湿性关节炎、类风湿性关节炎、系统性红斑狼疮、强直性脊柱炎等风湿性疾病和结缔组织疾病?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	<h> 视网膜出血或剥离、视神经病变、青光眼、白内障、高度近视 800 度以上、眼底病变、各种眩晕症、中耳炎、鼻中隔偏曲及其他眼、耳、鼻、喉或口腔的疾病?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	<i> 胸、颈、腰椎骨疾病、椎间盘突出、骨折或其它骨、关节、肌肉疾病?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	<j> 脑血管疾病、癫痫、重症肌无力、多发性硬化症、帕金森病、肌肉萎缩、脊髓灰质炎、坐骨神经痛等神经系统疾病或各种精神疾病?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	<k> 肿瘤(包括各种良、恶性肿瘤及性质未明的肿瘤)、结节、息肉、囊肿、脓肿、赘生物、淋巴结疾病或其他原因不明的肿块?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	<l> 血友病、白血病、各类贫血、紫癜及其它各种类型的血液系统疾病、被建议不宜献血?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	<m> 性病、皮肤病、酒精或药物滥用成瘾?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<n> 是否还有以上未述的疾病及症候?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
4.	过去五年是否曾因任何不适或疾病而接受 X 光、CT、MRI (核磁共振成像)、心电图、活组织检验、血液、超声波、内窥镜查	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

	等或其它特殊检查并接到医生接受治疗的建议或警告?		
5.	过去五年是否曾或正在接受住院治疗? 手术、服用药物或其他各种治疗方式? (剖腹产无后遗症、顺产无后遗症、鼻炎、急性肠胃炎、单次发作已痊愈的肺炎、上呼吸道感染、齿科治疗无需告知)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
6.	是否有四肢、五官、手指或足趾缺损、视力、听力或中枢神经系统障碍、脊柱、胸廓、四肢或手指、足趾畸形、跛行、脊髓灰质炎所致的缺陷及其它缺陷?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
7.	您及您的配偶是否曾接受或试图接受与艾滋病(AIDS)有关的医疗咨询、检验或治疗。曾在过去6个月内持续一周以上有下列症状: 体重下降、食欲不振、盗汗、腹泻、淋巴结肿大及皮肤溃疡?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
8.	(a) 您的家属(父母或同胞兄弟姐妹)是否曾患有或正患有高血压、肾病、心脏病、脑血管疾病、肝肾囊肿、肝硬化、糖尿病、精神病、白血病、结核病、多发性硬化症、舞蹈病、肠息肉、癌症或曾被发现为各型肝炎患者或肝炎病毒携带者?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	(b) 您的直系亲属中是否有60岁前因病去世的?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
9.	女性适用		
	(a) 是否怀孕? 若“是”, 怀孕_____周。并请提供产前体检报告。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	(b) 既往妊娠中是否曾出现流产、难产、早产、妊娠高血压、糖尿病、抽搐、昏迷等疾病或症状?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	(c) 既往妊娠时的胎儿或者所生育的婴幼儿中是否曾患有先天性畸形或疾病?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	(d) 是否曾患有乳房肿块或乳房(乳腺)结节、其它乳房疾病或生殖器官疾病, 是否曾有异位妊娠、胎死腹中、葡萄胎、子宫内胎异位症、盆腔炎、阴道异常出血或被告知子宫颈涂片、病理组织切片检查结果或乳房X光/超声波检查异常或要求六个月后复查?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
(e) 家庭成员中是否有人患过乳腺癌、子宫恶性肿瘤或卵巢癌?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
10.	2岁以下适用		
	(a) 出生医院名称: _____ (请写明医院所属城市)		
	(b) 《儿童保健卡》体检医院名称: _____ (请写明医院所属城市)		
	(c) 出生身高_____厘米, 出生体重_____公斤, 出生时留院_____天。如超过7天, 请说明原因。		
	(d) 是否曾出现早产、难产、先天性畸形、青紫婴儿、智能低下、唐氏综合征或其它先天性疾病、遗传性疾病, 或新生儿肺炎、新生儿窒息、新生儿溶血病、新生儿缺血缺氧性脑病等各种新生儿疾病?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
(e) 是否曾接到医生建议随访或复查?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
11.	新增附加合同/复效等适用		
	(a) 您目前的职业与投保时所填写的职业是否有变化? (若选“是”, 请填写 b 项)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	(b) 现单位(学校)名称 _____ 单位主营业务 _____		
	(c) 职业 _____ 职业代码 _____ 具体工作 _____		
	(d) 现单位(学校)地址 _____ 邮编 _____		
(e) 联系电话 _____ 平均年收入 _____ 元(人民币)			
12.	<b>以上告知事项均为影响保险公司是否同意承保或提高保险费率的内容。如上述 A 及 B 栏内的任何答案为“是”, 请详细说明。(包括日期、诊断、持续时间、治疗、检验结果、主治医生姓名/医院、目前情况或其它详情)</b>		

**投保人、被保险人向保险公司声明并同意以下事项:**

- 本人在申请复效、变更或新增附加合同时知晓一切与本健康声明书内容不符或增减的任何人员之承诺或解释、说明均属无效; 并且知道健康声明书和各种相关申请、声明等须投保人及被保险人亲自签署。
- 本人确认本声明书及所附文件中所提供的声明和陈述完全属实无误, 均可作为贵公司判断是否能够复效、变更或新增附加合同的依据, 如有隐瞒或日后发现与事实不符, 贵公司可依法解除本次复效、变更或新增附加合同的效力, 即本次复效、变更或新增附加合同无效。
- 贵司可通过知悉本人信息的机构查询与本人有关的全部信息(包括但不限于投保、承保、理赔、医疗信息等); 贵司及其具有必要合作关系的机构均可对上述信息进行合理的使用。为确保信息安全, 贵司及其合作机构应采取有效措施并承担保密义务。
- 本人同意按照当地保险行业协会的要求, 投保的部分个人信息由贵公司共享至当地保险行业协会用于(且仅用于)行业反保险欺诈检查。

**为维护您的权益, 请勿在空白声明书上签署。签署前, 请慎重核对填写的内容。**

被保险人签署 \_\_\_\_\_ 投保人签署 \_\_\_\_\_ 签署地 \_\_\_\_\_ 签署日期 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 营销员代码 \_\_\_\_\_ 营销员签署 \_\_\_\_\_ 营销员所属部门 \_\_\_\_\_