

请您如实确认以下告知内容，如果其中有一项告知为是，请选择告知事项为是；如您因故意或重大过失未如实告知，足以影响我们决定是否同意承保的，本公司有权解除保险合同，有权根据保险法的规定对合同解除前发生的保险事故不承担保险责任。

1.您是否正在或曾经患有或治疗过精神疾患、智力障碍、癫痫、帕金森病；恶性肿瘤、脑或脊髓肿瘤、原位癌；心脏疾病(包括冠心病、心肌梗死、心肌病、心脏扩大、心包疾病、心力衰竭等)；脑血管病(包括脑梗塞、脑出血等)；肾脏疾病(包括肾炎、肾病综合症、肾功能异常、多囊肾等)；慢性阻塞性肺病、支气管扩张、呼吸衰竭；慢性肝炎、肝硬化、萎缩性胃炎、胰腺炎；高血压、糖尿病；血液疾病(贫血、骨髓纤维化、紫癜、粒细胞减少等)；系统性红斑狼疮及结缔组织疾病；瘫痪、残疾(失明、肢体断离、失聪等)；艾滋病及HIV呈阳性者；接受器官移植；肿块、结节、紫斑、气喘、咯血、呕血、便血、血尿、阴道不规则出血或血性溢乳(女性适用)、持续性嘶哑、吞咽困难、持续性发热、消瘦(体重在3个月内下降超过5公斤)、癫痫、反复头痛、眩晕、胸痛、腹痛？

2.您的BMI($BMI = \text{体重(kg)} \div (\text{身高} \times \text{身高(m)})$)是否 ≥ 28 或 ≤ 17 ？

3.您最近两年内是否有住院记录？

4.您是否每天吸烟大于20支或饮酒超过啤酒600ml或葡萄酒200ml或白酒50ml？您是否曾经或正在使用毒品或违禁药物？

5.您是否怀孕？

6.您的职业是否涉及条款中所列明的拒保职业？

7.您是否参加或有意参加任何危险的体育活动,如拳击,跳伞,滑翔翼,滑翔伞,任何类型的汽车运动,水下潜水,攀岩,登山,蹦极跳,航空运动？

8.您计划去战乱或被外交部列为危险地区的国家旅行或工作？