

健康告知

投保人应如实填录所列事项，如未如实告知，我公司有权在法定期限内解除合同,并依法决定是否对合同解除前发生的保险事故承担保险责任。

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。

- 1.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。
- 2.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。
- 3.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。
- 4.是否在最近 5 年内发生过保险理赔。
- 5.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。