

## 被保险人健康告知声明书(个人)

<b>基本 情况</b>	员工姓名: <b>测韦欣</b> 性别: <b>女</b> 所属公司: <b>南方区域管理部</b> 家属姓名: <b>测新字体</b> 性别: <b>男</b> 身份证号码: <b>360483197410218974</b>					
该健康告知书由被保险人或(投保人在充分了解被保险人健康状况基础上)填写, 适用于(家属)。						
<b>被保 险人 健康 告知</b>	1. 您是否曾在投保医疗、意外或人寿保险时被拒绝、延期或附加条件承保? <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 无 2. 过去一年中是否有因病导致住院超过 7 天以上的状况? <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 无 3. 现在或过去有无患肿瘤、精神病、心脏病、高血压、血管硬化、中风、糖尿病、尿毒症、慢性酒精中毒、肝硬化、肾切除三年以上(外伤性切除不在此列)或肾病性病等生殖泌尿系统疾病, 哮喘、肺结核等呼吸系统疾病, 血液病、艾滋病、神经系统疾病、肺部结节、甲状腺疾病以及任何神经肌肉骨骼系统方面的异常、失能等病症? <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 无 4. 有无吸毒史或使用任何违禁药物? <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 无 5. 在最近 6 个月内, 您是否有任何身体不适症状和体征?如持续发热两周及以上、咯血、便血、紫斑、消瘦导致体重 2 个月内下降超过 5 公斤? <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 无 6. 女性栏: 过去五年内曾否患子宫、乳房、卵巢等方面疾病? <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 无 7. 少儿栏: (被保险人为 0-15 周岁的儿童时, 请说明)有无先天性、遗传性疾病或畸形? <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 无					
<b>其它 告知 事项</b>	1. 有无从事危险运动或竞技的嗜好? 如: 潜水、跳伞、攀岩运动、探险活动、武术、摔跤、赛马、赛车、自驾机飞行、热气球飞行、滑雪、滑浪、登山、漂流、蹦极、特技表演等。 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 无					
上述健康告知若回答“有”, 请详述, 同时上传清晰的对应病历及检查报告等资料。						
<b>告知 具体 内容</b>	序号	患病起始 时间	最近一次诊治 时间	接受的检查 和治疗	诊断结果	目前状况(痊愈、缓解、仍在用药的药品名称、 治疗所需剂量等)
	1					
	2					
	3					
	4					
	5					
<b>声明:</b> 1. 本告知声明书若“是”和“无”均未做勾选, 则作为被保险人“无”的答复; 2. 本告知声明书是保险公司同意承保及续保的重要证明文件, 投保人、被保险人应当就本告知声明书所填写的各项内容真实性负责。该书面告知为本保险协议及续保协议组成部分。若日后发现告知不实, 贵公司可依照《保险法》规定不承担任何给付责任。 3、本健康告知由被保人填或投保人在充分了解被保险人健康状况基础上填写。如果投保人或被保险人故意或者因重大过失未履行前款规定的如实告知义务, 足以影响我司决定是否同意承保或者提高保险费率的, 我司有权解除本合同或取消该被保险人的保险资格。 如果投保人或被保险人故意不如实履行上述告知义务, 对于解除本合同或取消该被保险人的保险资格前发生的保险事故, 我司不承担给付保险金的责任, 并不退还对应被保险人保险费。 如果投保人或被保险人因重大过失未履行如实告知义务, 对保险事故的发生有严重影响的, 对于解除本合						

同或取消该被保险人的保险资格前发生的保险事故，我司不承担给付保险金的责任，但会退还对应被保险人保险费。

特此声明！

签章：



日期：2025年8月18日