

投保人告知声明书

贵单位此次投保的员工是否经过集体体检						<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 无
团体健康告知事项	1. 是否有患恶性肿瘤、心脏病（心功能不全Ⅱ级以上）、心肌梗塞、白血病、高血压病（Ⅱ级以上）、肝硬化、慢性阻塞性肺病、脑血管疾病、慢性肾脏疾病、糖尿病、再生障碍性贫血、先天性及遗传性疾病、精神类疾病或者精神分裂症、癫痫病、特定传染病、艾滋病、性传播性疾病的员工？					<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 无
	2. 是否有患有颅内肿瘤、结核病、病毒性肝炎、高血压、冠心病、心肌病、心律失常、慢性支气管炎、消化性溃疡、甲状腺功能亢进症、前列腺增生症、椎间盘疾病、系统性红斑狼疮、类风湿性关节炎、有无吸毒史的员工？					<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 无
	3. 目前有无因身体不健康导致不能正常工作、正在病休、住院或病假中的员工？					<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 无
	4. 目前有无已经怀孕的女性员工？						
	以上健康告知若回答“有”，请详述，并提供相关员工姓名以及病例资料：						
	姓名	起病时间	最近诊疗时间	诊疗项目	诊断结果	目前状况 (痊愈、好转)	
5、有无员工的职业涉及或接触任何危险物品（燃烧爆炸物、腐蚀性物质、有毒物质、放射线、有害动植物或其他危险物品）、室外作业高空责任、潜水或水下作业、隧道坑道或井下作业等危险工作？					<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 无	
6. 有无员工因工作原因可能需要前往相对危险国家或地区（例如频繁或正在发生自然灾害、病疫、战乱、种族冲突、证据动荡等）？					<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 无	
以上告知若回答有，请详述：							