

## 健康告知

1. 您过去两年是否解除保险合同或投保时被拒保、延期、附加条件承保或有过任何形式的人身索赔？

2. 您过去 1 年内是否发现健康检查异常（如血液、超声、影像检查、内镜、病理检查等），过去 1 年内是否连续服药、住院或被要求进一步检查、手术或住院治疗？

3. 您是否曾经患有、被告知患有或正在患有下列疾病之一？

2 级或以上高血压（收缩压大于 160mmHg，舒张压大于 100mmHg）、先天性心脏病、冠心病、心肌病、心脏瓣膜疾病、脑出血、脑梗塞、脑动脉血管瘤、脑静脉畸形、帕金森氏症、精神病、慢性阻塞性肺病、尘肺病、慢性肝功能衰竭失代偿期、肝硬化、肾功能不全、终末期肾病（慢性肾衰竭）、视网膜出血或剥离、白血病、再生障碍性贫血、恶性肿瘤或未经证实为良性或恶性的肿瘤、糖尿病、系统性红斑狼疮、不明原因皮下出血、阿尔茨海默症、先天性疾病、遗传性疾病、艾滋病或艾滋病病毒携带者。

4. 被保险人是否存在下列任一项？

曾有酒精，药物滥用或服用、吸食、注射毒品或管制药品、曾接受过重大器官移植术或造血干细胞移植术、在领取失能或工伤相关保险金。

5. 被保险人最近 6 个月是否有以下症状？

反复头晕头痛、咯血、便血、血尿等不明原因的出血、胸痛、腹痛、浮肿、消瘦（体重减轻超过 5 公斤）、原因不明的发热、身体有不明原因的包块。

### 儿童健康告知（2 周岁以内）

1. 是否早产，发育迟缓，出生时体重是否低于 2.5 公斤，出生时窒息？

2. 过去或现在是否存在不明原因的持续发热；溶血、严重贫血、紫绀、紫癜；有无先天性、遗传性疾病或畸形；脑瘫、重型脑炎、抽搐、高热惊厥、川崎病合并心血管病变？