**安康保险个人健康告知声明书**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **基本情况** | 投保单位： | |
| 姓名: 年龄: 性别: 身高： 米 体重： 公斤 | |
| 证件类型：□身份证 □军人证 □护照 □其它 证件号码: | |
| 联系电话： | |
| **健康告知** | 1、过去2年内是否因患疾病导致住院治疗？ | □是 □否 |
| 2、过去5年内是否曾经患过某些症状或疾病（包括肿物等），主动或被医师建议去做进一步医学检查或治疗？ | □是 □否 |
| 3、过去5年内是否患甲状腺疾病、肿瘤、癫痫、3级重度及以上高血压、2型糖尿病、肠道息肉、血管硬化、中风、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；眼／耳疾病，胃、肝、胆、肠等消化系统疾病；血液病、神经系统疾病以及任何神经肌肉骨骼系统方面的异常、失能等病症？ | □是 □否 |
| 4、在最近6个月内,是否有任何身体不适症状和体征？如持续发热、疼痛、眩晕、胸痛、咳嗽、咯血、腹痛、便血、紫斑、消瘦(体重短期内下降超过5公斤)。 | □是 □否 |
| 5、**女性栏：（被保险人为女性时，请说明）** 过去5年内是否患子宫、乳房、宫颈、卵巢等生殖系统方面疾病？有无妇科包块？ | □是 □否 |
| 6、**男性栏:( 被保险人为男性时，请说明)** 过去5年内是否前列腺、睾丸、阴茎、输精管等生殖系统方面疾病？ | □是 □否 |
| 7、过去5年内是否有任何以上未提及的反复发作的症状、疾病或重大疾病？ | □是 □否 |
| **上述健康告知若回答是,请详述（发生日期、诊断、采取的治疗方式及疗效、最后一次复查及目前情况）,并提供相关病历资料:** | |
| **被保险人/监护人声明：  1、本告知声明书方格内填√者，即作为被保险人“是”或“否”的答复； 2、本人了解该产品投保范围、保障内容且同意投保人为我投保。本人已了解投保险种条款，且保险人对投保险种条款进行了说明尤其是对保险责任条款、免除保险人责任的条款、合同解除条款进行了明确说明，且本人对上述内容均已认真阅读、理解并同意遵守。如保险合同成立，此声明将作为保险合同及续保合同的一部分。本人如有故意或因重大过失未履行前款规定的如实告知义务，足以影响贵公司决定是否同意承保或者提高保险费率的，贵公司有权解除本保险合同或取消本人的保险资格。本人如果故意不履行如实告知义务，对于解除本保险合同或取消本人的保险资格前发生的保险事故，贵公司可不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。本人如果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本人的保险资格前发生的保险事故，贵公司不承担给付保险金的责任，但应当退还保险费。所有告知事项以本人书面告知为准，口头告知无效。**  **特此声明   被保险人/监护人签章：   年 月 日** | |