友邦团体保险员工自选加保计划被保险人健康告知书
（友邦顺康团体恶性肿瘤疾病保险专用）

本健康告知书填写的信息属于（请勾选其中一项）：☐员工　☐员工的配偶　☐员工的子女　☐员工的父母

保险合同编号：	投保单位名称：
被保险人（员工）姓名：	被保险人（员工）身份证件编号：

如告知事项属于员工的配偶或子女或父母（附属被保险人），请填写以下信息：

姓名：	身份证件编号：	
出生日期：	性别：　☐ 男性　☐ 女性	联系电话：

被保险人告知事项及健康资料（请勾选或填写以下各项目）：

	是/Yes	否/No
1. a. 目前身高、体重　　身高_____米　体重_____公斤 b. 在过去一年内体重之增减是否超过 5 公斤？　若选择“是”，请说明原因：	☐	☐
2. 被保险人是否曾向任何保险公司提出重大疾病保险金给付申请？	☐	☐
3. 被保险人是否曾被任何保险公司解除合同或投保、复效时被拒保、延期或附加条件承保？	☐	☐
4. 您既往或目前是否发现有以下疾病或体征：慢性肝炎、肝硬化、慢性萎缩性胃炎、宫颈上皮内瘤变（CIN）、再生障碍性贫血、恶性肿瘤、白血病、甲状腺结节、乳房肿块？	☐	☐
5. 在过去六个月内您是否有下列病症：淋巴肿大或不寻常之皮肤溃烂、反复咳嗽、声音嘶哑、吞咽困难、痰中带血、咯血、呕血、黑便、黄疸、血尿、外生殖器溃疡、阴道不规则出血、重度宫颈糜烂、贫血、皮下肿块、反复皮下出血、鼻衄、反复头痛、晕厥、昏迷、抽搐？	☐	☐
6. 过去两年内是否有做过下列检查并发现异常的检查结果：肿瘤标志物、活组织检查、宫颈涂片检查、前列腺特异性抗原（PSA）、X 线、B 超、钼靶、CT、MRI、PET-CT？	☐	☐
7. 过去五年内您是否曾因疾病手术或住院治疗七天以上? （以下原因导致的手术或住院可免于告知：剖腹产/顺产/急性胃肠炎/急性阑尾炎/上呼吸道感染/意外住院在 5 天内痊愈并无后遗症或器官缺损）	☐	☐
8. 您是否有 2 个以上的直系亲属（父母和兄弟姐妹）在 60 岁前被诊断患有恶性肿瘤或白血病?	☐	☐
9. 以上部分是否有“是”的答案： 若有“是”的答案，请注明问题号码并在此说明：		

本人声明：

1. 上述健康告知的各项声明与陈述确实无误，若不属实，则本次自选保障申请可被视为无效。
2. 本人授权友邦保险从任何医生、医院、诊所、保险公司或任何组织单位，就本保险事宜查询有关本人的其它相关证明文件。

_____　　_____

被保险人员签署　　签署日期及地点

*员工、配偶、父母及成年子女应本人亲笔签署。
未成年子女请其监护人（员工）签署。