



<p>厚、主动脉搏管瘤、脑血管意外、心律失常、心肌病；</p> <p>g. 肝炎病毒携带者、肝硬化、肝脓肿、肝内结石、肝炎、肝脾肿大、脂肪肝、肝吸虫感染、胆囊炎、胆结石、化脓性胆管炎、消化道溃疡、出血及穿孔、溃疡性结肠炎、胰腺炎、肛管疾病、疝气；</p> <p>h. 肾炎、肾病综合症、肾功能异常、尿毒症、肾囊肿、肾下垂、尿路结石、尿路畸形；</p> <p>i. 糖尿病、痛风、肢端肥大症、垂体机能亢进或减退、甲状腺或甲状旁腺机能亢进或减退、甲状腺肿大、结节、肾上腺机能亢进或减退等内分泌系统疾病；</p> <p>j. 恶性肿瘤、或尚未证实为良性或恶性之肿瘤、息肉、囊肿、赘生物；</p> <p>k. 血友病、白血病、淋巴瘤、各类贫血、紫癜及其它类型的血液系统疾病、被建议不宜献血；</p> <p>l. 风湿性关节炎、类风湿性关节炎、系统性红斑狼疮、胶原症、硬皮病及其它结缔组织疾病；</p> <p>m. 胸、颈、腰椎骨疾病及其它骨骼系统疾病；</p> <p>n. 性病、酒精或药物滥用成瘾、各种眩晕症；</p> <p>o. 是否还有以上未述的疾病及症候。</p>	<p>g. <input type="checkbox"/></p> <p>h. <input type="checkbox"/></p> <p>i. <input type="checkbox"/></p> <p>j. <input type="checkbox"/></p> <p>k. <input type="checkbox"/></p> <p>l. <input type="checkbox"/></p> <p>m. <input type="checkbox"/></p> <p>n. <input type="checkbox"/></p> <p>o. <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>10. 您及您的配偶曾接受或试图接受与爱滋病（AIDS）有关的医疗咨询、检验或治疗，曾在过去 6 个月内持续一周有下列症状：体重下降、食欲不振、盗汗、腹泻、淋巴结肿大及皮肤溃疡。</p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>11. a. 您的家属(父母、外/祖父母、兄弟姐妹)曾患有或正患有高血压病、肾病、心脏病、多囊肾、多囊肝、肝硬化、肠息肉、糖尿病、精神病、白血病、结核病、肌营养不良症、多发性硬化症、赘生物、癌症或曾被发现为乙型肝炎及病毒携带者、其它肝炎及病毒携带者；</p> <p>b. 您的直系亲属中是否有 60 岁前去世的，若“是”，请说明原因： _____</p>	<p>a. <input type="checkbox"/></p> <p>b. <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>12. 女性适用：</p> <p>a. 是否正处于妊娠期？若“是”，妊娠_____月；</p> <p>b. 患有乳腺炎、乳房肿块、子宫内膜异位症、子宫肌瘤、卵巢囊肿、阴道异常出血、性传播疾病或其他生殖器官疾病；</p> <p>c. 曾被建议重复宫颈涂片检查、乳房检查、乳房 X 光或活体检查；</p> <p>d. 家庭成员中是否有人患过乳癌。</p>	<p>a. <input type="checkbox"/></p> <p>b. <input type="checkbox"/></p> <p>c. <input type="checkbox"/></p> <p>d. <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>13. 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：</p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>

**本人声明：**

- 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。
- 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

\*员工及附属被保险人应本人亲笔签署。  
未成年子女请其监护人（员工）签署。