



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: <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 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 _____ 厘米 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:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 在过去六个月内您是否有下列病症: 淋巴瘤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、鼻咽、反复头痛、晕厥、昏迷、抽搐?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 过去五年内您是否曾因疾病手术或住院治疗七天以上? <small>(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)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	见证保险营销员/保险经纪公司/ 保险代理公司签署	签署地/签署日期
*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。			