



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_____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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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?	<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"/>
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)	<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"/>
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:

- 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。