



收件日期盖章

友邦团体保险员工自选加保计划被保险人健康告知书

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

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（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 否

1. a. 目前身高、体重 身高_____厘米 体重_____公斤 b. 在过去一年内体重增减是否超过 3 公斤？若“是”，请说明原因：		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 四岁以下（含四岁）儿童： a. 是否为低体重儿（出生时体重为 2.5 公斤以下）或早产儿？出生时候是否曾有产伤、窒息等异常情况？ 如是，出生体重_____公斤，怀孕_____周出生，住院_____天，住院诊断_____	a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 是否有畸形、发育迟缓、惊厥、抽搐、脑瘫、智能障碍、先天性和遗传性疾病？	b.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 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？若“是”，请说明：		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. a. 是否吸烟或曾吸烟，每天达到 10 支或以上？ b. 是否饮酒或曾饮酒，每日饮酒达到 100g 以上？	a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 是否有身体残障状况： a. 四肢、五官、手指、足趾缺损？ b. 视力、听力或中枢神经系统障碍？ c. 脊柱、胸廓、四肢或手指、足趾畸形、跛行、脊髓灰质炎所致缺陷及其他缺陷？	a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 是否曾或正在接受或准备接受药物治疗、外科手术或服用药物？		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 现在或者过去五年曾 a. 接受健康检查（包括血检、X 光、心电图、超声波等检查）且结果异常？ b. 接受或被建议进行 CT、核磁共振、病理检查、内窥镜、脑电图、心血管造影等特殊检查？ c. 接受诊疗、外科手术、住院治疗？	a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 是否曾有下列症状、曾被告知患有下列疾病或因此接受治疗： a. 反复头晕、反复头痛、晕厥、胸闷、胸痛、心慌、气急、不能平卧、紫绀、不明原因发热或持续反复发热、抽搐、不明原因皮下出血点、鼻衄、反复齿龈出血、咳血、反复呕吐、进食哽噎感或吞咽困难、呕血、浮肿、腹痛、肝区疼痛、黄疸、便血、排便习惯或大便秘状改变、血尿、蛋白尿、肿块、眼睛胀痛、视力或听力明显下降、视物不清、不明原因的声嘶、关节红肿、关节酸痛； b. 眼、耳、鼻、喉或口腔的疾病； c. 癫痫、重症肌无力、肌营养不良症、多发性硬化症、帕金森氏综合症、肌肉萎缩、脊髓灰质炎、精神病、聋哑、四肢机能障碍、下肢静脉曲张、智能障碍及其它类型畸形或残缺； d. 血管畸形、脑动脉血管瘤、视网膜出血或剥离、视神经病变、虹膜睫状体炎、青光眼、白内障、失明、高度近视 800 度以上、眼底病变； e. 慢性支气管炎、哮喘、肺脓肿、肺栓塞、胸膜炎、肺气肿、支气管扩张、肺结核、尘肺、矽肺； f. 高血压病、缩窄性心包炎、心内膜炎、风湿性心脏病、先天性心脏病、缺血性心脏病、心肌梗塞、心肌肥厚、主动脉血管瘤、脑血管意外、心律失常、心肌病； 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；	a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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；	h. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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、甲状腺结节、肾上腺机能亢进或减退等内分泌系统疾病；	i. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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；	j. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. 血友病、白血病、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；	k. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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；	l. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. 胸、颈、腰椎骨疾病及其它骨骼系统疾病；	m. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. 性病、酒精或药物滥用成瘾、各种眩晕症；	n. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. 是否还有以上未述的疾病及症候。	o. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 您及您的配偶曾接受或试图接受与艾滋病（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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 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；	a. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 您的直系亲属中是否有 60 岁前去世的，若“是”，请说明原因：	b. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 女性适用：		
a. 是否正处于妊娠期？若“是”，妊娠_____月；	a. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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；	b. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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；	c. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. 家庭成员中是否有人患过乳癌。	d. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 以上部分若有“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。
- 本人授权友邦人寿保险从任何医生、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。