AEGON CNOOC 海康人寿

# 健康与告知声明书

（保单变更适用）

编号：

U&I/T0045

| 保险合同号码： | | | | | | | | | | | 被保险人姓名： | 投保人姓名： |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

申请变更事项

☐ 申请复效　☐ 变更寿险主合同　☐ 增加主 / 附加合同保额　☐ 增加附加合同　☐ 变更个人资料

| A. 告知事项 （如保险合同中有"豁免缴付保险费附加合同"者，请投保人填于相应格内） | 被保险人 | 投保人 |
|---|---|---|
| 1. 您现从事的职业及职务内容，年收入是否有任何变化？<br>如是，请说明您现任单位名称，地址，业务性质，职务内容，收入状况： | ☐ 是 ☐ 否 | ☐ 是 ☐ 否 |
| 2. 您是否向其他人寿保险公司申请保险？您的寿险、人身意外或健康保险申请是否曾被拒保、推迟、加费或作任何形式修改？若"是"，请说明： | ☐ 是 ☐ 否 | ☐ 是 ☐ 否 |
| 3. 是否曾向任何保险公司提出索赔申请？若"是"，请说明： | ☐ 是 ☐ 否 | ☐ 是 ☐ 否 |
| 4. 关于飞行时间，摩托车驾驶，商业飞行，潜水，登山，赛车，跳伞等危险运动的爱好和活动是否有任何变化？ | ☐ 是 ☐ 否 | ☐ 是 ☐ 否 |
| 5. 您是否计划移居外地，或前往外地持续居住超过三个月以上？ | ☐ 是 ☐ 否 | ☐ 是 ☐ 否 |
| 6. 您是否拥有公费医疗、社会医疗保险和其他费用补偿型医疗保险？（申请HSA/HSB者，请填写此项） | ☐ 是 ☐ 否 | ☐ 是 ☐ 否 |

| B. 健康状况告知（如保险合同中有"豁免缴付保险费附加合同"者，请投保人填于相应格内） | 被保险人 | 投保人 |
|---|---|---|
| 1. 被保险人：身高，体重和吸烟，饮酒状况是否有任何变化？<br>如是，请说明目前身高_____厘米，体重_____公斤，吸烟数量_____，饮酒数量_____；___酒（种类）<br>投保人：身高，体重和吸烟，饮酒状况是否有任何变化？<br>如是，请说明目前身高_____厘米，体重_____公斤，吸烟数量_____，饮酒数量_____；___酒（种类） | ☐ 是 ☐ 否 | ☐ 是 ☐ 否 |
| 2. 您是否曾或正在接受或准备接受药物治疗、手术治疗或其他治疗？<br>如是，请说明治疗时间，治疗名称以及药物名称： | ☐ 是 ☐ 否 | ☐ 是 ☐ 否 |
| 3. 您是否曾收到医生对你饮酒、吸烟的建议和警告？是否曾经醉酒、酒精中毒、酒精依赖、或酒后驾车？ | ☐ 是 ☐ 否 | ☐ 是 ☐ 否 |
| 4. 您在过去五年曾：<br>a. 接受血液、X光、CT、MRI、心电图、超声波、内窥镜检查、活检等或其他特殊检查？<br>b. 因任何病症而长期门诊随访并接受诊疗、外科手术、住院或其他方式治疗？ | ☐ 是 ☐ 否<br>☐ 是 ☐ 否 | ☐ 是 ☐ 否<br>☐ 是 ☐ 否 |
| 5. 您是否存在身体残障状况：<br>a. 头颅、五官、四肢、胸廓、脊柱、手指或足趾畸形或缺损；<br>b. 视力、听力、语言或认知、智力障碍或运动、感觉障碍。 | ☐ 是 ☐ 否<br>☐ 是 ☐ 否 | ☐ 是 ☐ 否<br>☐ 是 ☐ 否 |
| 6. 您是否曾经患有或被告知患有下列疾病和症状，或因此接受治疗：<br>a. 高度近视800度以上、视网膜脱离、白内障、中耳炎、声音嘶哑、及其他眼、耳、鼻、喉或口腔的疾病； | ☐ 是 ☐ 否 | ☐ 是 ☐ 否 |
| b. 高血压、心脏杂音、心脏扩大、心力衰竭、心律失常、胸闷、胸痛、心悸、气短、晕厥、紫绀、冠心病、心肌梗死、心肌病、心肌炎、心内膜炎、心包炎、先天性心脏病、风湿性心脏病、或其他心脏瓣膜病、动脉瘤、血循环不良、脉管炎或其他心血管系统疾病； | ☐ 是 ☐ 否 | ☐ 是 ☐ 否 |
| c. 持续咳嗽、咯血、呼吸困难、支气管炎、哮喘、支气管扩张、肺结核、肺气肿、肺心病、胸膜炎、胸腔积液尘肺或其他呼吸系统疾病； | ☐ 是 ☐ 否 | ☐ 是 ☐ 否 |
| d. 腹痛、呕血、便血、黑便、肝区不适、黄疸、肝肿大、肝功能异常、脂肪肝、肝炎、乙肝病毒携带、肝硬化、消化道溃疡、胆结石或炎症、结肠炎、胰腺炎、消化不良、痔疮、肛瘘、肛裂、疝等消化系统疾病； | ☐ 是 ☐ 否 | ☐ 是 ☐ 否 |
| e. 血尿、蛋白尿、尿糖、尿毒症、肾炎、肾病综合症、尿路结石或畸形、反复尿路感染、肾囊肿、多囊肾、膀胱疾病、前列腺疾病或其他泌尿生殖系统疾病； | ☐ 是 ☐ 否 | ☐ 是 ☐ 否 |
| f. 反复头痛、眩晕、癫痫、抽搐、震颤、不自主运动、语言障碍、瘫痪或中风、智力低下、抑郁焦虑、精神分裂或其他精神神经系统疾病； | ☐ 是 ☐ 否 | ☐ 是 ☐ 否 |
| g. 糖尿病、血糖升高、高血脂、甲状腺疾病、痛风、肾上腺或垂体疾病以及其他内分泌代谢性疾病； | ☐ 是 ☐ 否 | ☐ 是 ☐ 否 |
| h. 贫血、出血、鼻衄、紫癜、淋巴结肿大、脾肿大、血友病、白血病、以及其他血液系统疾病、或被建议不宜献血； | ☐ 是 ☐ 否 | ☐ 是 ☐ 否 |
| i. 关节疼痛或变形、脊柱、颈背腰部肌肉、骨骼疾病、风湿病、强直性脊柱炎、脊髓灰质炎、类风湿性关节炎、白塞氏病、系统性红斑狼疮、以及其他骨、关节或结缔组织疾病； | ☐ 是 ☐ 否 | ☐ 是 ☐ 否 |
| j. 癌症、良恶性肿瘤、结节、肿块、息肉、囊肿、赘生物等； | ☐ 是 ☐ 否 | ☐ 是 ☐ 否 |
| k. 先天性疾病、遗传性疾病、或其他上述未提及的症状或疾病 | ☐ 是 ☐ 否 | ☐ 是 ☐ 否 |
| 7. 您及您的配偶是否曾患有性病、艾滋病（AIDS）？或曾、正在、准备接受过相关检测（如HIV）或医疗咨询？您是否曾有吸食或注射成瘾性药物、违禁药品、或麻醉剂的使用？ | ☐ 是 ☐ 否 | ☐ 是 ☐ 否 |
| 8. 妇女适用：<br>a. 是否怀孕？若"是"，怀孕_____月？是否曾经孕、产先天性疾病或畸形儿？ | ☐ 是 ☐ 否 | ☐ 是 ☐ 否 |
| b. 因怀孕、生育或分娩时有异常现象而导致剖腹产、流产或因此而引起并发症？ | ☐ 是 ☐ 否 | ☐ 是 ☐ 否 |
| c. 曾有乳房肿块、子宫内膜异位症、阴道异常出血、性传播疾病及其他生殖器官疾病？ | ☐ 是 ☐ 否 | ☐ 是 ☐ 否 |
| d. 是否被建议重复宫颈涂片检查、乳房检查、乳房X光或活体检查？ | ☐ 是 ☐ 否 | ☐ 是 ☐ 否 |
| e. 家庭成员中是否有人患过乳腺癌？ | ☐ 是 ☐ 否 | ☐ 是 ☐ 否 |

如有任何答案回答"是"，请写明题号，并具体说明：

声明及同意书：

1.本人声明已阅读本健康声明书，并同意此声明将作为申请本保险合同复效、加保等其他变更之根据。

2.本健康声明书以及与合同内容变更或复效有关的各份问卷及文件、对海康人寿保险有限公司 (以下简称"贵公司")体检医生的各项声明与陈述确实无误。若不属实，贵公司有权依法解除保险合同，并对保险合同解除前发生的保险事故不负任何责任。

3.本人已知晓本合同的复效、加保、增加附加合同等申请须经贵公司核准后方可生效，并自复效或增加保额获批准的当日24时起生效。

4. 投保人和被保险人现授权贵公司从任何内、外科医生、医院、诊所、保险公司或任何组织单位，就有关保险合同变更事宜，查询有关投保人及被保险人的资料或索取其它有关证明文件。

为维护您的权益,请勿在空白之"健康声明书"上签章,签章前,请先核对所填写资料的正确性。

被保险人　　投保人　　签署于　地方　年/月/日

见证人/寿险顾问　　寿险顾问编号/营管处/组号