

被保险人健康告知

1. 您是否两年内曾在投保寿险和/或重疾险或复效时被拒绝、延期？是否曾申请或获得重大疾病险理赔？

若“是”，请详述投保险种、保险金额、投保时间、投保公司、核保结论及原因（包括理赔）。

2. 您是否有参加飞行、潜水、攀岩、跳伞、武术、拳击、赛车、赛马、特技表演类高风险运动爱好？

若“是”，请详述名称、地点、频率、受伤记录。

3. 您是否患有或曾经患有或被怀疑患有以下疾病：癌前病变、恶性肿瘤或未被证实良/恶性的包块/肿物/结节/息肉、脑瘤、脑血管瘤、脑血管疾病（包括脑梗塞、脑出血、短暂性脑缺血发作）、心脏疾病（包括冠心病、心肌梗塞、心绞痛、心肌病、风心病、心包疾病、肺心病、心脏瓣膜疾病、主动脉疾病、心功能不全II级及以上）、高血压II级及以上（收缩压 $\geq 160\text{mmHg}$ 或舒张压 $\geq 100\text{mmHg}$ ）、糖尿病、肺气肿、慢性阻塞性肺病、支气管扩张症、呼吸衰竭、慢性肝炎（不包括单纯的乙肝表面抗原阳性、乙肝小三阳及已治愈的肝炎）、肝硬化、食道静脉曲张、慢性肾脏疾病、肾功能不全、癫痫、系统性红斑狼疮、白血病、血友病、再生障碍性贫血、瘫痪、多发性硬化症、重症肌无力、帕金森氏症、阿尔兹海默氏病、神经精神疾病、智力障碍、先天性疾病、遗传性疾病；接受器官移植；

失明、聋和/或哑、肢体或心脏、脑、肾及动脉残疾畸形或功能障碍；艾滋病或艾滋病毒携带者；曾经或正在使用镇静安眠剂、迷幻药等成瘾药品或毒品。

若“是”，请详述疾病名称、就诊医院、就诊时间、诊治情况及恢复情况，并提供相关完整就诊资料（含检查及化验报告等）。