



健康告知

填写说明：请申请资格人用蓝、黑色签字笔或钢笔亲笔填写并签名；请保持申请书签名与留存本公司的签名样本一致。

根据您保险单号为_____的_____变更申请，须如实填写以下健康告知列明事项。

询问事项	第_____被保险人	投保人
	是 否	是 否
如保险条款中涉及对投保人承担保险责任事项，请同时填写“投保人”告知事项。		
1. 被保险人：身高_____厘米 体重_____公斤；投保人： 身高_____厘米 体重_____公斤		
2. 是否有吸烟超过 10 支/天或饮酒（相当于白酒）超过 50 克/天？	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. 是否有其他寿险公司已生效或正在申请的保险单？	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. 是否有寿险公司理赔经历？	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. 是否曾从事过滑翔飞行、私人飞行、驾驶航空机具、潜水、滑水、滑雪、登山、跳伞、马术、特技表演及赛车活动？或现在正准备参加以上活动？	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. 是否曾被拒保延期、附加条件承保、限额承保，或未接受以上承保条件而撤销投保申请？	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. 近一年是否有出国工作或居住计划？	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. 两年内是否曾体检而结果异常？	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. 是否接受或被建议用药、手术、住院等治疗（不包括感冒、流感、怀孕、分娩）？	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. 是否患先天性或遗传相关因素疾病？	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11. 您是否目前患有或过去曾经患过下列症状、疾病或手术史：		
a. 脑、神经系统及精神方面疾病，如：帕金森氏病/综合征、阿尔兹海默氏症、重症肌无力、多发性硬化、反复头痛或眩晕、癫痫、脑血管畸形、脑梗塞、脑出血、短暂性脑缺血发作、脑血管意外、脑瘤、脑部需要或已经手术治疗的疾病、脊髓疾病、智力障碍、精神分裂症、神经官能症、抑郁症、神经衰弱、情感障碍、人格障碍、进食障碍；	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b. 心血管的疾病，如：高血压（收缩压 140mmHg 以上或舒张压 90mmHg 以上）、冠心病、心肌梗塞、心绞痛、心律失常、先天性心脏病、风湿性心脏病、心内膜炎、心肌病、甲亢性心脏病、室壁瘤、动脉瘤、心力衰竭、被建议进一步检查或治疗的心慌及胸闷、胸痛、原因不明的晕厥、心脏杂音，或被建议进行心导管等心血管介入治疗；	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c. 呼吸系统疾病，如：反复咳嗽咳痰、咯血、气喘、呼吸困难、慢性支气管炎、肺气肿、肺心病、哮喘、支气管扩张、肺结核、尘肺、间质性肺病、肺纤维化、胸腔积液、呼吸衰竭；	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
d. 消化系统疾病，如：肝区疼痛、肝功能异常、黄疸、便血、食道静脉曲张、胃和/或十二指肠溃疡、胰腺炎、胰腺假性囊肿、肝炎、乙肝病毒携带、肝囊肿、多囊肝、肝硬化、肝血管瘤、肝内胆管炎、胆结石、胆囊息肉、脾肿大、慢性或溃疡性结肠炎、肠息肉、腹部外伤或手术史；	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
e. 泌尿系统疾病，如：尿糖阳性、血尿、蛋白尿、反复尿路感染、尿路畸形、肾移植、肾积水、肾囊肿、多囊肾、肾结石、尿毒症、肾病综合症、肾脏功能异常、急慢性肾炎、前列腺疾病、泌尿系统外伤或手术史；	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
f. 骨骼、肌肉、结缔组织的疾病，如：关节红肿或酸痛、类风湿关节炎、强直性脊柱炎、椎间盘突出、股骨头坏死、骨关节炎、肌营养不良症、肌肉萎缩、系统性红斑性狼疮、干燥综合症；	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
g. 内分泌、血液系统疾病，如：血糖升高、糖尿病、痛风、高尿酸血症、高脂血症、甲状腺或甲状旁腺疾病、脑垂体功能亢进、肾上腺功能亢进或低下、贫血、脾功能亢进、白血病、淋巴瘤、血友病、再生障碍性贫血、紫癜、原因不明的发热、原因不明皮肤和粘膜及齿龈出血；	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
h. 五官科疾病，如：原因不明的声音嘶哑、听力下降、耳鸣、复视、视力下降、美尼尔病、白内障、青光眼、视神经病变，视网膜出血或剥离；	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

i. 曾经或当前患有恶性肿瘤、原因不明的发热、体重明显变化（一年内增加或减少超过 5 公斤）、原因不明的淋巴结肿大、未证实为良性或恶性之肿瘤、肿块、息肉、囊肿、赘生物、结节、黑痣增大；	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
j. 五官、脊柱、胸廓、四肢、手足畸形或残疾；	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
k. 职业病、酒精中毒、吸毒、药物成瘾、化学品滥用、患艾滋病或感染艾滋病病毒？	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12. 您的父母、兄弟姐妹中有两人或以上在 60 岁以前因病去世？	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13. 女性被保险人告知：是否怀孕？是否曾患子宫、卵巢等妇科疾病？是否曾有异常出血或下腹部手术（剖腹产除外）、放射性治疗等？若已怀孕，请填写怀孕日期： ____ 年 ____ 月 ____ 日	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14. 被保险人年龄在6周岁及以下时，请告知： a. 被保险人出生时是否早产小于 34 周或体重低于 2 公斤？ b. 是否难产或有窒息史？	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

询问事项结果栏

若上述任一询问事项答案为“是”，请在询问事项旁对应处勾选，并在下栏中填写具体姓名、问题编号和说明。

姓名	问题编号	说明内容

客户声明及签名：

本人对上述各项内容均理解并作出了相应的如实告知，本人同意将此申请书作为原保险合同的一部分，如果有告知不实，光大永明人寿保险有限公司有权解除本保险合同，对于合同解除前发生的保险事故，贵公司不承担保险责任。本人授权贵公司可以从任何单位、组织和个人就有关保险事宜查询、索取与本人相关的资料或证明，贵公司对个人资料承担保密义务。

投保人签名：	被保险人或其法定监护人签名：	其他被保险人或其法定监护人签名：
日期：	日期：	日期：