

保单号码: \_\_\_\_\_

## 个人住院医疗保险 保证续保申请书

提示: 如您的地址、电话等个人信息或保险合同需变更, 请先办理变更后再提交申请!

### 一、保证续保须知

1. 投保人及被保险人亲笔填写《保证续保申请书》为唯一有效申请方式, 请在续保缴费宽限期内提出申请。
2. 本公司有权对保证续保申请进行审核, 审核过程中可能要求被保险人接受体检或提供所需资料。本公司审核后, 可做出同意保证续保、有条件同意保证续保或者不同意保证续保的决定。
3. 进入保证续保期间后, 投保人须在每一保险期间届满后 30 日内按时足额缴纳保险费, 否则合同将终止, 保证续保待遇也将同时终止。

### 二、个人告知

被保险人	序号	询问事项
	1	身高: _____ 厘米, 体重: _____ 公斤。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	2A	最近六个月内您是否有以下身体不适症状或体征: 心悸、胸痛、咳嗽、咯血、腹痛、呕血、便血、浮肿、发热、紫斑、不明原因出血点、持续性头痛或眩晕、肌肉萎缩或无力、体重下降超过五公斤?
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	2B	过去五年内您是否因受伤或疾病接受门诊治疗或住院治疗?
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	2C	过去五年内您是否有结果异常的医学检查(包括健康体检)?
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	3	您目前是否患有或曾经患过以下疾病?
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	3A	心血管疾病, 例如: 高血压、冠心病、心绞痛、心肌梗塞、心律失常、先天性心脏病、风湿性心脏病、心肌炎或心肌病、心内膜炎、心包炎、心脏瓣膜病、主动脉瘤、静脉曲张等。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	3B	神经系统及精神疾病, 例如: 脑中风(脑出血、脑梗塞、短暂脑缺血发作)、脑瘤、脑血管瘤或畸形、脑囊肿、多发性硬化症、癫痫、重症肌无力、肌营养不良症、瘫痪或肢体运动异常、脑炎或脑膜炎、帕金森氏症、脊髓疾病、精神分裂症、抑郁症、神经官能症等。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	3C	呼吸系统疾病, 例如: 慢性支气管炎、肺气肿、肺心病、支气管扩张、尘/矽肺、肺结核、哮喘、肺纤维化等。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	3D	消化系统疾病, 例如: 肝炎、肝炎病毒携带者、肝功能异常、脂肪肝、肝血管瘤、肝硬化、肝脾肿大、食道静脉曲张、胆石症、胆囊息肉、消化道溃疡、慢性胃炎、溃疡性结肠炎、胰腺炎、克隆病、结肠息肉等。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	3E	泌尿及生殖系统疾病, 例如: 蛋白尿、血尿、肾炎、肾病、肾功能异常、肾衰竭、肾囊肿、肾积水、泌尿系统结石、前列腺疾病等。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	3F	血液系统疾病, 例如: 血友病、白血病、贫血、紫癜、淋巴结肿大、脾功能亢进等。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	3G	内分泌疾病, 例如: 糖尿病、痛风、高脂血症、脑垂体疾病、肾上腺疾病、甲状腺或甲状旁腺疾病等。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	3H	骨骼、皮肤和结缔组织疾病, 例如: 风湿病、类风湿病、关节炎、股骨头坏死、强直性脊柱炎、椎间盘脱出、椎管狭窄、皮炎、硬皮病、干燥综合征、红斑狼疮等。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	3I	五官科疾病, 例如: 中耳炎、视网膜出血或剥离、视神经病变、青光眼、白内障、美尼尔病等。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	3J	恶性肿瘤、癌症(包括原位癌)、其他肿瘤、肿块、结节、息肉、囊肿、赘生物。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	3K	其它需要持续关注或治疗的疾病或持续存在的异常症状体征。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	4	您是否有智能障碍、失明、聋哑、跛行、脊柱或胸廓畸形、四肢或身体其他器官的缺损或畸形、重听、视力障碍(近视 800 度以上)、外伤后遗症等身体残疾情况?
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	5	您或您的配偶是否曾接受艾滋病的有关检查和治疗? 如“是”, 请告知检查原因和检查结果。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	6	您是否有吸烟习惯? 约 _____ 年, 每天 _____ 支。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	7	您是否有饮酒习惯? 饮酒 _____ 年, _____ (两/周), 种类 _____。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	8	您是否有使用违禁药物或成瘾性药物?
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	9	您的父母、子女、兄弟姐妹是否有心脏病、高血压、心脑血管疾病、糖尿病、肾病、精神病、肝炎(或是肝炎带菌者)、癌症、血友病、多囊肝、多囊肾、肠息肉或任何遗传性、传染性疾病?
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	10	<b>女性填写:</b> 您是否有乳房肿瘤、肿块或囊肿? 是否有不规则阴道出血、盆腔炎、子宫肌瘤、卵巢囊肿、子宫内膜异位症等女性生殖器官疾病? 是否有宫颈细胞检查异常?
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	11	您向其它保险公司投保时是否曾被拒保、延期、加费或要求附加其它条件?
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	12	您是否曾向或正准备向我公司或其它保险公司或社保机构提出索赔申请? 请说明理赔原因。

三、说明栏(以上如答“是”, 请填写答“是”序号, 说明对象并在下栏详细告知, 如有诊治病历及相关检查报告, 请一并提交。)

### 四、投保人、被保险人声明与授权

1. 本人(指投保人和被保险人)已认真阅读并理解保证续保须知及上述询问事项, 且确认本申请书、与申请有关的问卷及文件、对体检医生的声明与陈述确实无误。若未如实告知, 贵公司有权依法解除保险合同及保证续保承诺, 并对解除前发生的保险事故不承担保险责任。
2. 本人(指投保人和被保险人)同意将此《保证续保申请书》及所有保证续保的申请资料作为保险合同的组成部分。
3. 本人(指投保人和被保险人)同意贵公司查阅、复制本人之相关医疗记录、病历及各类检查资料, 授权本人就诊之医疗机构及保存有本人医疗证明的其它机构, 提供本人医疗相关记录予贵公司及相关再保险公司; 同意贵公司因业务需要对本人之个人资料有搜集、计算机处理、传递的权利。此授权内容的影印本具备同等效力。

投保人签名: \_\_\_\_\_ 被保险人/法定监护人签名: \_\_\_\_\_ 申请日期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

代办人签名: \_\_\_\_\_ 代办人联系电话: \_\_\_\_\_

说明: 1、当被保险人投保人为投保人本人时, 可只在投保人签名处签名, 视同被保险人已签名; 2、当被保险人为未成年人时, 仅需投保人、被保险人法定监护人签名即可。

### 以下由保险公司填写

说明事项: \_\_\_\_\_  
初审人员代码及签名: \_\_\_\_\_ 收单日期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日