

老年特定疾病健康告知声明书（保全专用）

保险单编号：_____ 投保人姓名：_____ 被保险人姓名：_____

健康告知作为变更申请的一部分，仅用于变更的核保审核，未经授权，本公司不会向其他人披露任何信息。希望您如实回答所有问题，如有不实，我们将有可能拒绝您日后的理赔申请并不退还已交保险费。

被保险人是否曾确诊以下疾病或正在针对以下疾病进行诊断/检查：

1. 被保险人的身高是____厘米，体重是____公斤	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2. 动脉粥样硬化、冠心病、心绞痛、心肌梗死、心肌病、先天性心脏病、心脏瓣膜病、风湿性心脏病、心内膜炎、心律失常、心包炎或其他近2年内接受过治疗的心血管疾病	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
3. 高血压（不包括II级以下高血压：即收缩压<160mmHg，舒张压<100mmHg）	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
4. 脑出血、脑梗死、脑肿瘤、脑血管瘤、脑动静脉畸形、短暂性脑缺血（TIA）、脑炎、脑膜炎或其他脑部疾病	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5. 糖尿病	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
6. 老年性痴呆、帕金森病或帕金森综合征、精神疾病或智能障碍	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
7. 类风湿性关节炎、系统性红斑狼疮、重症肌无力、或任何近2年内接受过治疗的脊椎、骨关节、结缔组织等疾病	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
8. 股骨头坏死、关节置换、已经临床明确诊断的任何部位的骨质疏松症；或50周岁后发生过胸、腰椎、髌部、桡、尺骨远端和肱骨近端的骨折	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
9. 慢性阻塞性肺疾病、肺气肿、支气管扩张、尘肺、肺间质纤维化、肺结核、呼吸衰竭或者其他需要持续性类固醇或氧疗法呼吸类疾病	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
10. 肾炎、肾病综合症、多囊肾、肾功能衰竭、血尿、蛋白尿、需要持续性药物或透析治疗的肾脏疾病	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
11. 失明、视网膜出血或剥离、视神经炎、青光眼、眼底病变、黄斑变性、视野缺失或其他无法用眼镜/隐形眼镜矫正的疾病	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

投保人及被保险人声明：

以上告知是在充分了解被保险人的身体健康状况的情况下，所做出的告知。

投保人签字：_____日期：_____ 被保险人/监护人签字：_____日期_____