

<p>j. 异常症状：反复头痛或眩晕、晕厥、抽搐、震颤、不自主运动、胸闷、胸痛、心悸、紫绀、持续咳嗽、咯血、呼吸困难、呕血、黄疸、肝区不适、便血、黑便、慢性腹泻、听力下降、耳鸣、复视、原因不明皮肤或粘膜或齿龈出血、鼻衄、紫癜、脾肿大、原因不明的持续发热、体重下降（3个月内超过5公斤）、原因不明的肌肉萎缩、原因不明的包块或肿物（不包括意外撞击产生）？</p> <p>k. 癌症、良性或恶性肿瘤、癌前病变、原位癌、息肉、囊肿、赘生物、结节、黑痣增大、淋巴结肿大？</p> <p>l. 残疾、言语、咀嚼、视力、听力等机能障碍，认知或智力障碍，头颅、五官、四肢、胸廓、脊柱、手指或足趾畸形或缺损？</p> <p>m. 性传播疾病、艾滋病、酒精或药物滥用成癮、毒品或违禁药物接触史、先天性疾病、遗传性疾病？</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>10. a. 您的家族成员（父母、子女、兄弟姐妹）是否曾患有冠心病、脑中风、糖尿病、多囊肾或其他遗传性疾病？ 如“是”，请说明：_____</p> <p>b. 您的家族成员（父母、子女、兄弟姐妹）中是否有2个及以上在60岁前罹患恶性肿瘤的？若“是”，请在附注栏说明与被保险人的关系、确诊时的年龄、肿瘤部位。</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>11. 被保险人为2周岁以下儿童适用：</p> <p>a. 出生时身高：_____厘米；体重：_____公斤；</p> <p>b. 是否有早产、难产、产伤、窒息、低出生体重、脑瘫、痉挛、抽搐、先天性畸形、先天性疾病、发育迟缓、唐氏综合症或其他遗传性疾病？</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>---</p>
<p>12. 被保险人为12周岁及以上女性适用：</p> <p>a. 是否怀孕？若“是”，怀孕_____周？</p> <p>b. 怀孕或分娩期间是否发现糖尿病、高血压、蛋白尿、子痫、葡萄胎、畸胎瘤、宫外孕等异常情况？</p> <p>c. 是否患有或被告知患有乳房肿块、乳腺增生、乳腺肿瘤、乳腺炎、溢乳或其它乳房异常情况？</p> <p>d. 是否患有子宫或宫颈疾病、宫颈涂片或活检异常、子宫内膜异位症、子宫肌瘤、阴道异常出血、盆腔炎、卵巢囊肿及其他生殖系统疾病？</p> <p>e. 家族成员（外祖母、母亲、姐妹、姨妈）中是否有人患过乳腺癌？如是，请详述患病家族成员人数、关系及其被诊断的年龄。</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>上述问题1-12中如有任何答案为“是”者，请注明题号并具体说明：对象、就诊日期，诊断结果，治疗方法，目前情况，医院名称等，并同时提供相关病历资料。</p>		
<p>健康与告知声明书：</p> <p>1. 本人声明已阅读本健康与告知声明书，并同意将此声明书作为申请本保险合同复效、加保等其他变更之根据。</p> <p>2. 本健康与告知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、对同方全球人寿保险有限公司（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。</p> <p>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零时起生效。</p> <p>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。</p> <p>5. 本人/我们授权贵公司有权为履行保险合同、再保险、提供优质的保险服务或向本人销售贵公司的保险产品，而使用个人信息或资料，并有权按照境内外相关法律法规及监管部门直接或间接的要求作合理披露。</p> <p>被保险人_____投保人_____签署日期_____年_____月_____日</p> <p>见证人/寿险顾问_____寿险顾问编号/营管处/组号_____</p>		