

## 健康与财务告知声明书 (个人税收优惠型医疗保险专用)

保险单号码	投保人
申请事项	<input type="radio"/> 申请复效 <input type="radio"/> 补充告知 <input type="radio"/> 其他_____

告知事项(请在“是或否”前的○内打“√”，以下各项告知如有任何答案为“是”，请用黑色钢笔或黑色签字笔简述且涂改无效；为了维护您的利益，请勿在空白声明书上签名，请慎重核对所填写的资料。)

- 1、是否曾患有或接受治疗过下列疾病？ 是 否
- A. 心血管系统疾病：高血压(收缩压达 $\geq 160\text{mmHg}$ 和(或)舒张压 $\geq 100\text{mmHg}$ )、先天性心脏病、风湿性心脏病、心内膜炎、冠心病、心肌梗塞、室性心律失常、病态窦房结综合症、心肌病、心脏瓣膜疾病、心包疾病、心力衰竭；
- B. 脑、神经系统、精神疾病：脑梗塞、脑出血、脑血栓、颅内损伤、脑动脉瘤、帕金森综合征、癫痫、阿尔茨海默病、智能障碍、精神病；
- C. 呼吸系统疾病：哮喘、肺结核、肺气肿、支气管扩张、尘肺、肺源性心脏病、呼吸衰竭；
- D. 消化系统疾病：食道、胃、十二指肠溃疡或出血、溃疡性结肠炎、胰腺炎、肝硬化、慢性肝炎、肝功能衰竭、酒精性肝病；
- E. 泌尿系统疾病：慢性肾炎、肾病综合征、肾功能不全、肾功能衰竭、多囊肾；
- F. 恶性肿瘤、良性脑肿瘤、原位癌及尚未确诊为良性或恶性之肿瘤；
- G. 内分泌系统疾病：糖尿病、垂体机能亢进或减退、甲状腺机能亢进或减退、肾上腺机能亢进或减退；
- H. 骨骼、肌肉和结缔组织疾病：系统性红斑狼疮、类风湿关节炎、重症肌无力、强直性脊柱炎、运动神经元病、系统性硬皮病；
- I. 血液系统疾病：血小板减少性紫癜、再生障碍性贫血、淋巴瘤、血友病、白血病、恶性组织细胞增生症、骨髓增生异常综合症；
- J. 接受器官移植、骨髓移植；
- K. 残疾或功能障碍：瘫痪、严重残疾(包括双目失明、一肢及一肢以上断离、双耳失聪)、严重烧伤；
- L. 其他：白内障、视网膜脱落或出血、青光眼；
- 2、在过去1年内，是否因以下症状或情况接受诊治但尚未明确诊断？ 是 否
- 体重在6个月内减少或增加超过5公斤，呼吸困难、咯血，下肢水肿或静脉曲张、呕血、黑便、便血、黄疸、吞咽困难，血尿、晕厥、抽搐、双手震颤，不明原因的皮肤紫斑及出血；
- 如告知为“是”，请简述\_\_\_\_\_
- 3、是否正在住院？或曾于过去1年内因疾病住院治疗20天以上或因意外住院治疗30天以上？ 是 否
- 如告知为“是”，请简述\_\_\_\_\_
- 4、告知事项1、2、3中有任一事项告知为“是”的，请做如下告知：  
是否作为个人所得税纳税人，连续纳税(个税缴纳金额大于零)未滿1年？ 是 否

### 声明与授权

- 1、投保人(以下简称“本人”)已认真阅读了健康与财务告知声明书，并同意此声明将作为申请本保险合同复效、补充告知等变更之根据。
- 2、本人对本健康与财务告知声明书、与合同内容变更有关的各份问卷及文件内的声明、陈述、告知均属事实，如有隐瞒或日后发现与事实不符，本次合同内容变更或复效申请无效。
- 3、本人已知晓本合同的复效申请须经太平洋寿险批准并在本人已交纳相关费用后方可生效。
- 4、本人及被保险人授权中国太保{指中国太平洋保险(集团)股份有限公司及其直接或间接控股的子公司}可以从相关单位、组织和个人就有关保险事宜查询、索取与本人或被保险人有关的资料和证明。
- 5、本人同意在法律允许的范围内，将本人提供的个人信息，你公司根据本保险合同之需要而查询和收集的相关信息以及履行本保险合同可能涉及的医疗信息授权中国保信通过商业健康保险信息平台进行信息管理及合理利用。本人授权同意上述信息可在你公司及其他保险公司为本人提供服务时，通过商业健康保险信息平台查询、收集与其提供服务相关的必要性信息。同时本人亦授权上述公司在依据行业监管及为实现服务目的之需要而与其他机构进行必要合作的前提下对上述信息进行合理使用及信息共享(包括但不限于：因保险监督管理及风险控制之需要而进行的行业内信息分享；因信息数据使用、存储、下载之需要而与医疗卫生和健康管理机构进行的诊疗信息和健康记录的查询和共享；为公共服务之需要与其他政府机构、监管部门、司法机关及第三方信息信用平台进行的信息共享等)。
- 6、本人同意你公司根据上述告知事项及相关资料做出的既往症认定。

投保人(即被保险人)签名：\_\_\_\_\_

签署日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日