

## 年金险简易健康告知

**\*\*本健康告知仅适用于投保年金险，投保或搭配其它产品时不适用。**

问题及健康告知	被保险人	投保人	若“是”请说明（原因、日期、医院名称及诊治结果等。）
C1. 您过去一年内是否接受过医师的诊查、治疗、用药、住院或手术建议？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
C2. 您是否正在或曾经患有下列疾病：精神疾患、智能障碍、癫痫、帕金森病；恶性肿瘤、脑或脊髓肿瘤；心脏病（冠心病、心肌梗死、先天性心脏病、风湿性心脏病、肺源性心脏病、心肌病、心脏扩大、心包疾病、心力衰竭等）；脑血管病（脑梗塞、脑出血等）；肾脏疾病（慢性肾炎、肾病综合症、肾功能异常、肾功能衰竭、多囊肾等）；慢性阻塞性肺病、呼吸衰竭；慢性活动性肝炎、肝硬化；高血压（收缩压大于180mmHg，舒张压大于110mmHg）、高血压肾病、糖尿病肾病；血液疾病（再生障碍性贫血、骨髓纤维化、紫癜、粒细胞减少等）；瘫痪、残疾（失明、一肢及一肢以上断离、失聪等）；艾滋病及HIV 阳性；接受器官移植？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
C3. 您是否正在或曾经患有下列症状：反复头痛、晕厥、胸痛、紫绀、持续反复发热、抽搐、咯血、吞咽困难、呼吸困难、持续性嘶哑、呕血、水肿、黄疸、便血（非痔疮出血）或黑便、血尿或蛋白尿、3个月内体重减轻5公斤以上？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	