

邮保康乐A款补充告知事项

(投保人/被保险人投保时已阅读下列告知事项, 并确认没有下列告知事项所述问题)

<p>1. 保险情况: 被保险人在投保恶性肿瘤类/重疾类产品时是否曾被拒保、延期、加费或特约除外责任承保。</p>	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<p>2. 被保险人目前及过往是否出现过下列疾病或情况: 癌症、恶性肿瘤、白血病、肉瘤、原位癌、类癌、癌前病变、脑肿瘤/囊肿/动脉瘤、乙肝大三阳(HBeAg+且HBsAg+)、癫痫、慢性乙型或丙型肝炎、肝硬化、慢性萎缩性胃炎、慢性支气管炎合并肺气肿、病因不明或过敏性的纤维性肺泡炎、慢性肾炎、肾积水、慢性肾功能不全、溃疡性结肠炎、克隆病、包块、肿块、肿物、新生物、息肉、结节、囊肿、再生障碍性贫血、粒细胞缺乏、骨髓增生异常综合征、骨髓纤维化、多发性骨髓瘤、慢性酒精中毒、滥用药物史、每天吸烟(包括但不限于香烟、雪茄、水烟、鼻烟等)超过40支、每周饮酒大于等于30个单位(每一个饮酒单位相当于1杯(300mL)啤酒、半杯葡萄酒、1两白酒)、精神疾病、智能障碍。</p>	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<p>3. 被保险人最近2年内是否出现下列症状或体征: 反复头痛、长期发热、吞咽困难、咯血、呕血、反复牙龈出血或鼻衄、心脏杂音、肝区不适、甲状腺结节、肺部结节、淋巴结肿大、长期腹痛、腹水、贫血、血尿、便血或黑便、反复皮肤粘膜出血(紫癜)、消瘦(体重3个月内下降超过5公斤)。</p>	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<p>4. (女性适用) 被保险人目前及过往是否出现下列情况: 宫颈疾病(且宫颈上皮内瘤变或HPV阳性)、不规则阴道流血、卵巢占位/包块、乳房结节/肿块或包块、乳房皮肤或乳头有不明原因的凹陷/糜烂/变形或溢液、畸胎瘤(确诊为良性的除外)、葡萄胎、绒毛膜癌或其他滋养细胞疾病。</p>	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<p>5. 被保险人直系亲属中是否出现如下情况: 2个以上的直系亲属(父母和兄弟姐妹)在60岁前被诊断患有恶性肿瘤或白血病。</p>	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<p>6. 被保险人最近2年内是否发现下列检查异常: 肿瘤标志物*、病理活检、X线、B超、钼靶、CT、MRI、PET-CT。 注: 肿瘤标志物*: 又称肿瘤标记物, 是指特征性存在于恶性肿瘤细胞, 或由恶性肿瘤细胞异常产生的物质, 或是宿主对肿瘤的刺激反应而产生的物质, 并能反映肿瘤发生、发展, 监测肿瘤对治疗反应的一类物质。如甲胎蛋白(AFP)、癌胚抗原(CEA)、前列腺特异性抗原(PSA)、癌抗原125(CA125)、癌抗原199(CA199)、癌抗原153(CA153)、癌抗原05(CA50)、糖类抗原242(CA242)、糖类抗原72-4(CA72-4)、铁蛋白(SF)、β2微球蛋白(β2-MG)、神经元特异性烯醇化酶(NSE)、鳞状细胞癌抗原(SCCA)、核基质蛋白-22(NMP-22)、α-L-岩藻糖苷酶(AFU)、绒毛膜促性腺激素(HCG)等。</p>	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

投保人签名 _____ 被保险人(若非投保人)签名 _____ 日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日
 (18周岁以下由法定监护人签署)