

投保人确认被保险人**是否有**以下情况？

1. **过去 6 个月内：**您是否进行过核磁共振（MRI）、钼靶、PET-CT、病理检查或活检、穿刺、内窥镜、血液涂片细胞学的检查？或被医生建议进行肿瘤标志物、CT、核磁共振（MRI）、钼靶、PET-CT、病理检查或活检、穿刺、内窥镜、血液涂片细胞学的检查？

2. **过去 2 年内：**您是否曾被医生建议住院或手术？是否接受过住院手术或单次住院超过 5 天？

3. **过去 5 年内您是否患有或被告知患有下列疾病：**

1) **肿瘤：**恶性肿瘤、原位癌、颅内肿瘤或颅内占位；

2) **呼吸循环系统疾病：**慢性阻塞性肺疾病（COPD）、冠心病、心肌梗死、心脏瓣膜疾病、心肌病、心功能不全 II 级及以上、脑中风、脑血管畸形、高血压且存在清单中疾病（请点击链接查看疾病清单）、糖尿病且存在清单中疾病（请点击链接查看疾病清单）；

3) **其他疾病：**自身免疫性肝炎、慢性病毒性肝炎且伴有肝功能异常、肝纤维化或肝硬化、慢性肾功能不全、再生障碍性贫血、瘫痪、系统性红斑狼疮、股骨头/颈坏死、重度骨性关节炎、接受过重大器官（心、肝、肾、肺）移植或造血干细胞移植。

4. 职业情况

被保险人目前专职或兼职从事属于《特殊职业类别表》中所列种类的职业。（注：这些职业之外的其他职业可以投保；曾经从事这些职业，但已转行为其他职业的，可以投保）