**健康告知**

被保险人健康告知

1、您是否患有或曾经患有:

•恶性肿瘤、白血病

•中风（脑出血、脑梗塞）、心功能不全、严重高血压 (血压高于180/110 mmHg)、心肌梗塞、心肌病

•肝硬化、肾功能不全、再生障碍性贫血、系统性红斑狼疮

•癫痫、肢体残疾或瘫痪、精神或智力障碍、阿尔兹海默氏病（老年痴呆）、帕金森氏病、重症肌无力、多发性硬化症、失明、瘫痪

•先天性疾病、遗传性疾病、艾滋病、服用或吸食成瘾性药物