

请就每一被保险人的健康状况回答下列问题。投保单上所有勾选事项请以"√"表示。若答案为“是”请详细说明。

1. 过去 2 年内投保人身保险或健康保险时，被保险公司拒保，延期，加费或者附加条件承保？
2. 过去 2 年内有被要求住院或被要求进一步检查，手术或计划去做的？
3. 过去 1 年内是否做过以下任意一项检查或被建议检查的？（超声，影像检查，内镜，病理检查）或连续服药超过 1 个月的？
4. 被保险人目前或过往有下列疾病、症状或情况：
  - A. 眼、耳、鼻、咽、喉疾病：鼻窦炎、中耳炎、扁桃体炎、扁桃体/腺样体肥大、睡眠呼吸暂停综合征、视力或听力障碍、语言功能丧失、智能障碍。
  - B. 内分泌、免疫系统疾病：精神发育迟滞、生长发育迟缓、脑垂体疾病、获得性免疫缺陷综合症（AIDS，艾滋病）、艾滋相关综合征（ARCS）、系统性红斑狼疮。
  - C. 血液系统疾病：白血病、淋巴瘤、再生障碍性贫血、血小板减少性紫癜血友病。
  - D. 呼吸、循环系统疾病：慢性阻塞性肺病、原发性肺动脉高压、肺气肿、支气管扩张、慢性支气管炎、哮喘、心肌病、心肌炎、心功能不全、心瓣膜病、房间隔/室间隔缺损、心律失常。
  - E. 消化、泌尿系统疾病：疝气、肠梗阻、胃炎、克罗恩病、肾炎，肾病，肾病综合征、肾功能不全、肾盂分离、肾积水。
  - F. 其他：良/恶性肿瘤、交界性肿瘤、不典型增生、肿块/息肉/结节、先天性疾病、遗传性疾病、精神类疾病、癫痫、脑瘫、瘫痪、脑膜炎、脑炎、小儿麻痹症、出生时体重低于 2.5 公斤。
  - G. 如果您有额外需要告知的项目，但未在上述问题中提及的，也请在下面表格中详细说明。