

既往疾病特别问卷

被保险人姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____ 周岁

1. 您告知既往有_____疾病，首次发病的时间是_____

2. 请详述发病时的症状、体征、就诊医院名称。

3.	曾作过的检查：	结果	时间
	检查 1：_____	_____	_____
	检查 2：_____	_____	_____
	检查 3：_____	_____	_____
	检查 4：_____	_____	_____

4. 最后诊断结果（诊断结果为多个时，请将所有诊断列明）：

5. 治疗方法：_____ 请列明药物名称、用药剂量、用药起止时间。

服药治疗 _____

请说明手术名称、是否输血、手术后病理诊断结果。

手术治疗 _____

其它治疗 请详述：_____

6. 请详述目前的症状、体征、近期检查结果：

7. 您是否有医保？口是 口否，如是，请填写： 医保卡号：_____

所在地：_____ 省 _____ 市；

8. 除以上内容外，您是否还有其它要说明的内容： 有口 无口

详述：_____

声明及授权：

1、本问卷是保险合同的重要组成部分，上述各项回答均属实，如有知情不告的情况，贵公司有权依法解除保险合同，并对保险合同解除前的保险事故不承担保险责任。

2、本人授权贵公司可以根据本人在本问卷中告知的事项从任何单位、组织和个人就有关保险事宜查询、索取与本人有关的资料和证明，贵公司对本人的个人资料承担保密义务。

投保人签名：_____

被保险人/监护人签名：_____

_____ 年 月 日