

疾病问询问卷

被保险人姓名: _____

1. 您目前或过去有什么疾病?

(1) 疾病诊断名称: _____

(2) 疾病发生时间: _____年_____月

2. 您是如何发现该疾病的?

常规体检发现 因不适就诊 住院时发现 其他_____

3. 您是否因此有过治疗?

否, 从未因此有过治疗;

是, 已结束治疗 目前仍在治疗中

药物治疗:

门诊手术治疗:

住院治疗:

其他治疗: _____

4. 恢复情况:

已完全治愈、无复发、无后遗症、无并发症

持续治疗中或需进一步治疗

未治愈, 存在后遗症、或并发症, 目前症状请说明: _____

5. 除以上内容外, 您是否还有其它要说明的内容:

无

有, 请说明: _____

重要提醒: 如有上述相关的就诊门诊病历、住院病历、检查/体检报告、病理报告等, 请一并提供。

声明及授权: 1、本问卷是核保评估的重要组成部分, 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_____