

医保卡借用询问问卷

问卷对象：投保人 被保险人，姓名：_____ 投保单号：_____

1. 您医保卡借用的频次及时间：

(1) 仅1次：_____年_____月

(2) >1次：时间（年/月）：_____

2. 您医保卡借用的对象，是您的：

父母 配偶 子女 其他_____

3. 您医保卡借用的用途：

药房购药：

(1) 药品类型：降糖药物 降压药物 降脂药物 补品类药物 其他_____

(2) 药品名称：_____

医院就诊/住院

(1) 医院名称：_____

(2) 就诊/住院时间（年/月）：_____

检查/体检：_____

其他：_____

4. 被保险人本人目前或过去是否存在上述健康异常情况？

没有，本人从未有过上述健康异常情况

有，请说明：_____

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_____日