

长城人寿保险股份有限公司

核保既往疾病问卷

投保单印刷号：

投保人姓名：

被保险人姓名：

1. 请您将投保书中告知的既往疾病名称完整地填写在空格中： _____
2. 初次发现该疾病的时间： _____年____月；确诊的医院名称： _____
3. 请详述发病初的症状、体征、就诊原因： _____
4. 首次治疗后是否有复诊？若有，请告知该疾病发作是否有规律，规律性如何（每周/每月/每年等）？ 发作持续时间？严重程度，请详述： _____ _____
5. 您在就诊过程中做过何种检查（血检、B超、心电图、X线等）？如有，请详述检查时间、项目名称、 检查结果： _____ _____
6. 最近一次诊断的时间和诊断的结果（诊断结果为多个时，请将所有诊断列明）： _____ _____
7. 请告知治疗方法： 口服药治疗 请列明药物名称、用药剂量、用药起止时间： _____ 口手术治疗 请说明手术名称、是否输血、手术后病理诊断结果： _____ 口其他治疗 请详述： _____
8. 请详述目前的症状、体征、和检查结果： _____ _____
9. 除以上内容外，您是否还有其他要说明的内容： 口无 口有 如有，请详述： _____ _____

请提供所有相关病历及检查报告原件。

声明：

1. 本调查问卷是保险合同的重要组成部分，上述告知内容均情况属实，如有不实之处，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. 本人授权长城人寿保险股份有限公司就有关保险事宜，可以向任何医生、医院、诊所、保险公司或任何组织机构查询有关本人的资料或索取其他证明。

投保人签字： _____

被保险人/监护人签字： _____

日期： _____年____月____日