

通用疾病問卷

被保險人姓名：_____

保單號碼：_____

業務代表姓名：_____

填寫日期：_____

◎為審慎評估可保性及提供適合之承保條件，敬請說明以下問題後寄回核保單位，謝謝您。

因 台端告知有_____

1. (1)您大約何時發現有此疾病？_____。

(2)是否曾就診？ 否 是，就診大約日期_____，就診醫院名稱_____。

2. (1)醫師診斷為何？

_____。

(2)治療方式為何？ 藥物控制 手術治療 其他_____。

(3)有無住院？ 無 有，住院大約天數_____，就診醫院名稱_____。

3. 是否有復發情形？ 否 是，復發次數大約_____次，最近一次復發大約日期_____。

4. 是否痊癒？ 是 否，請說明：

_____。

◎本人謹此聲明上述回答屬實，特此聲明。

要保人簽名：_____ 被保險人簽名：_____ 法定代理人簽名：_____

業務代表／

執業經紀人(代理人)簽名：_____