1A10

# 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：_____

111.05 版