

通用疾病問卷－利率變動型保險專用

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，感謝您的配合。

- 因 台端告知有 最近兩個月受傷或生病而接受醫師治療、診療或用藥
- 癌症（惡性腫瘤），請加填【A】
 - 狹心症、心肌梗塞、腦中風（腦出血、梗塞／阻塞）、腦瘤、腦動脈血管瘤，請加填【B】
 - 糖尿病、尿毒、腎病症候群，請加填【C】
 - 肝硬化，請加填【D】

- 一、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 _____。
- 3.醫師診斷為何？_____。
- 4.此疾病最近一次相關檢驗數值為何？_____。
- 5.治療方式為何？藥物控制 手術治療 其他 _____。
- 6.有無住院？無 有，最近一次住院天數 _____天，就診醫院名稱_____。
- 二、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_____。
- 三、是否痊癒？是 否，請說明_____。

四、您現在或曾經有吸煙、飲酒，煩請說明：

- 1.吸煙：否；現在：已吸煙約_____年，目前每天吸煙約_____包
- 曾經：曾吸煙約_____年，已戒煙約_____年，戒煙前每天吸煙約_____包
- 2.飲酒：否；有，飲酒類型：烈酒類 紹興／米酒類 啤酒類 其他：_____
- 飲酒量：_____瓶 / 每天 每週 社交性飲酒

-
- 【A】1.腫瘤名稱及部位為何？_____；惡性腫瘤期別？_____。
- 2.腫瘤治療方式為何？（例如：手術切除、放射線治療、化學藥物治療、內分泌藥物治療…）
- 治療方式：_____ 大約日期：_____ 治療期間：_____
- 3.後續追蹤治療結果、目前狀況，請說明_____。
- 【B】有無合併其他疾病？無；有(可複選):心血管疾病 腦血管疾病 高血壓性眼底視網膜病變
- 腎臟疾病 糖尿病 蛋白尿 高血脂 其他_____。
- 【C】有無以藥物治療；以藥物治療，係以口服 注射胰島素；大約何時開始？_____。
- 目前是否固定回診？否 是，大約多久時間回診一次？_____。
- 【D】1.醫師診斷肝臟相關病名為何？(可複選)：
- A 型肝炎 B 型肝炎(含帶原) C 型肝炎(含帶原) 其他病毒性肝炎 酒精性肝炎
- 脂肪肝 肝功能異常 其他肝臟疾病，請說明：_____。
- 2.最近一次肝臟相關檢查結果為何？_____；
- 醫師有無任何進一步建議或叮嚀事項？_____。

◎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：_____