

肿瘤囊肿问卷

被保险人姓名

身份证/护照/军官证号码

投保单号码

1. 何时发现有肿瘤或囊肿?

2. 诊断方法 (请提供诊断报告) X光 超声 CT 磁共振仪 病理检查

其他 (请详述) _____

3. 肿瘤或囊肿大小及位置

4. 肿瘤属性 良性 恶性 其他 (请详述)

5. 治疗方法 (请选择合适的项目, 并指明治疗开始和结束日期)

口服药物 _____

手术 (请填写问题6) _____

放射性疗法 _____

化学疗法 _____

其他 (请详述) _____

6. 请指明手术医师姓名及所在医院名称和地址, 以及手术疤痕的位置和大小

7. 是否有进一步的治疗? 是 (请详述) 否

8. 现状

a) 是否有复发迹象? 是 (请详述) _____ 否

b) 是否定期复诊? 是 否

最近一次复诊日期 _____ 下次复诊日期 _____

9. 是否因上述疾病住院诊治或无法工作? (如是, 请详述就诊医院名称及住院日期)

本人谨此声明以上说明属实, 并与其他告知事项一样, 均构成贵公司之保险合同一部分。

投保人签署

被保险人签署 (若为未成年人则由其法定监护人签名)

见证人签署

_____年____月____日 在 _____ 签署