




医疗证明书（医生报告）

第二部分（由主诊医生填写，费用由投保人 / 申请人承担）

保单号码		 03420036
投保人姓名	身份证 / 护照号码	

一般资料

1. 您是投保人惯常就诊之医生？ <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</div> 如果“是”，请问投保人首次向您就诊的日期？ <div style="display: flex; justify-content: space-around;"><div><input type="text"/> <input type="text"/> 月</div><div><input type="text"/> <input type="text"/> 日</div><div><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年</div></div>	
2. 投保人因本次疾病首次向您就诊的日期？ <div style="display: flex; justify-content: space-around;"><div><input type="text"/> <input type="text"/> 月</div><div><input type="text"/> <input type="text"/> 日</div><div><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年</div></div> 投保人的症状是什么？ <hr/> 这些症状持续了多久？ <hr/>	
3. 投保人以前是否患有此疾病或相关疾病？ <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有</div> 如果“有”，请提供就诊日期及诊断结果。 <hr/>	
4. 请提供最终诊断的详细信息。 i. 诊断日期： <div style="display: flex; justify-content: space-around;"><div><input type="text"/> <input type="text"/> 月</div><div><input type="text"/> <input type="text"/> 日</div><div><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年</div></div> ii. 投保人首次知晓诊断的日期： <div style="display: flex; justify-content: space-around;"><div><input type="text"/> <input type="text"/> 月</div><div><input type="text"/> <input type="text"/> 日</div><div><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年</div></div>	
5. 投保人之家族病史是否增加投保人患此病之风险？ <input type="checkbox"/> 是 相关家族病史（包括家庭成员关系和年龄）： <hr/> <input type="checkbox"/> 否	
6. 投保人是否吸烟？ <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</div> 如果“是” 每日吸烟量：_____ 吸烟年数：_____	

保单号码

其他 / 附加资料

1. 投保人因本病就诊的其他医生姓名或医院名称及地址：

医生 / 医院名称	地址	就诊日期 / 住院期间（月/日/年）
<div></div>		

 投保人病情详情

1. 请提供最终诊断的详细信息。

2. 肿瘤在组织学上是否属于癌前病变、非浸润性、原位癌、交界性或低恶性潜力？

☐ 是 请提供详情

☐ 否

3. (a) 根据TNM分期系统，肿瘤属于哪一阶段？

(b) 肿瘤是否有明显基质侵袭？

☐ 是 请提供详情

☐ 否

(c) 肿瘤的原发器官

(d) 是否有远处转移？

☐ 是 请提供详情

☐ 否

(e) 为确诊进行了哪些检查？（请附上所有相关检验报告及医疗报告副本）

检查日期	检查项目	结果 / 病理诊断
<div><div><div></div><div></div></div><div>月 日 年</div></div>		
<div><div><div></div><div></div></div><div>月 日 年</div></div>		
<div><div><div></div><div></div></div><div>月 日 年</div></div>		
<div><div><div></div><div></div></div><div>月 日 年</div></div>		
<div><div><div></div><div></div></div><div>月 日 年</div></div>		

4. (a) 如诊断为白血病，请说明类型。

(b) 如诊断为慢性淋巴细胞白血病，请说明RAI分期。

5. 受保人是否感染人类免疫缺陷病毒（HIV）？

☐ 是 请提供详情

☐ 否

6. 请提供当前治疗详情：

☐ 外科手术

☐ 放射治疗

☐ 化疗

☐ 姑息治疗

☐ 其他，请注明：

7. 受保人过去是否患有或接受治疗的其他重大疾病？

☐ 是 请提供详情

☐ 否

8. 是否有其他有助于我们审核本索赔案件的信息？请提供。

保单号码

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

本人 / 我们现声明此申请书上所填资料皆为本人 / 我们所知及所信之事实及其全部。

<div></div> <div>主诊 / 专科医生姓名（资历）</div>	<div></div> <div>签名（盖章）</div>
<div></div> <div>地址及电话</div>	<div></div> <div>日期</div>



下载 AIA+ 手机应用程序以便轻松管理您的保单！

「AIA」或「友邦」指友邦保险(国际)有限公司（于百慕达注册成立之有限公司），友邦保险有限公司（于香港注册成立之有限公司）（视情况而定），具体取决于此信件相关表格的签发公司。