



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 <input type="text"/>		 03410046
投保人姓名 <input type="text"/>	身份证/护照号码 <input type="text"/>	

一般资料

1. 您是投保人惯常就诊之医生？ 是 否
 如果“是”，请问投保人首次向您就诊的日期？
 / /
 月 日 年

2. 投保人因本次疾病首次向您就诊的日期？
 / /
 月 日 年
 投保人的症状是什么？

 这些症状持续了多久？

3. 投保人以前是否患有此疾病或相关疾病？ 有 没有
 如果“有”，请提供就诊日期及诊断结果。

4. 请提供最终诊断的详细信息。
 i. 诊断日期：
 / /
 月 日 年
 ii. 投保人首次知晓诊断的日期：
 / /
 月 日 年

5. 投保人的家族病史是否增加患此病的风险？
 是 相关家族病史（包括家庭成员关系和年龄）：

 否

6. 投保人是否吸烟？ 是 否
 如果“是”
 每日吸烟量：_____ 吸烟年数：_____

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)
-----------	----	---------------------

投保人病情详情

1. 请提供最终诊断的详细信息。

若诊断为中风，

(a) 诊断是否基于电脑扫描或磁共振造影显示的转变？ 是 否

(b) 诊断是否经脑神经专科医生确诊？ 是 否

(c) 若非由填写此表格的医生确诊，请提供确诊的专科医生的姓名及地址。

2. 事故原因（如因脑组织梗塞、脑出血、血栓等原因引致）。

脑部症状是否因下列引致？

i. 短暂性脑缺血？ 是 否

ii. 偏头痛？ 是 否

iii. 影响眼睛、视神经或前庭系统功能的血管疾病？ 是 否

3. 已进行的诊断程序详情（如磁共振、电脑扫描、血管造影术、化验报告等）及结果。

检查日期	检查项目	结果 / 病理诊断
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> 月 日 年		
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> 月 日 年		
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> 月 日 年		
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> 月 日 年		

请提供所有有关的报告副本。

4. 请列出投保人曾经接受过的治疗详情。

日期 (月/日/年)	治疗项目
------------	------

5. 本次中风有没有引发神经后遗症？ 有 没有

如果“有”，请提供：

i) 有关神经后遗症之详情：

ii) 有关的神经后遗症从发病起持续了多久？

iii) 请评估上述的神经后遗症是否可复原或会成为永久性的神经功能缺损？

保单号码

6. 是否有其他倾向性因素导致受保人的中风（如高血压、心脏病或糖尿病等）？ 是 否
如果“是”，请提供这些因素的详细信息及病史。

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。

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。

主诊 / 专科医生姓名（资历）

签名（盖章）

地址及电话

日期



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。