



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		 04000309
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？ 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投保人患此病的风险？
 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. 受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)
-----------	----	---------------------

受保人病情详情

1. 请提供最终诊断的详细信息。

2. 请描述有关之病况。

i. 病发日期：月 日 年

ii. 该个案是否心绞痛？ 是 否

iii. 有没有典型的胸痛病史？ 有 没有
 如果“有”，请提供病史的详情。

iv. 有没有导致心脏肌肉坏死？ 有 没有
 如果“有”，心脏肌肉坏死是否因对心脏或冠状动脉进行任何创伤性或手术程序导致？或其他原因导致？请列明。

v. 心肌酶或心肌旋转蛋白有没有升高？ 有 没有
 如果“有”，请提供相关的化验日期及结果。若进行了连串的化验，请列出所有的结果。

日期 (月/日/年)	化验项目	结果
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

vi. (a) 在相关心脏事故期间心电图有没有显示新近具急性心肌梗塞特徵的变化？ 有 没有
 (b) 在相关心脏事故期间心电图有没有新的改变显示心脏肌肉血液供应不足？ 有 没有
 (c) 如以上任何答案为“有”，请提供有关变化的详情。

3. 此事前是否有心脏症状或心肌梗塞的病史？如有，请提供详情。 有 没有

4. 就植入心脏起搏器或除颤器的个案：

i. 受保人有否患有严重心律失常？ 有 没有

ii. 请提供手术详情。

手术日期：月 日 年

手术医院：_____

手术医生：_____

iii. 植入心脏起搏器或除颤器是否由心脏专科医生确认为医疗所需？ 是 否
 若非由填写此表格之医生确认，请提供该专科医生之姓名及地址。

保单号码

5. 请提供所有报告副本，包括心电图、运动心电图、心肌酶化验、同位素化验、心脏超声波、冠状动脉造影检查报告等，及任何相关的医院报告副本。

6. 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

7. 是否有其他有助于我们审核本索赔案件的讯息？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。