



危疾－冠状动脉手术 / 微创进行直接的冠状动脉搭桥手术
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		 03440032
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. 投保人之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：_____

保单号码

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. 请描述该病状况。	
i. 请准确列出各条闭塞的冠状动脉名称及每条动脉闭塞的程度 (百分比)。	
1. _____	3. _____
2. _____	4. _____
ii. 上述的闭塞情况是否经由冠状动脉造影术确诊？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
3. 受保人是否已就冠状动脉疾病接受矫正手术？	
<input type="checkbox"/> 是 请提供详情	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 否 请提供原因	<input type="text"/>
就已接受矫正手术的个案：	
(a) 进行开胸冠状动脉搭桥？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
如果“是”，请列出搭桥数量及植入位置。	

(b) 微创进行直接冠状动脉搭桥手术 (通过微型开胸进行冠状动脉搭桥手术)？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
(c) 如未进行上述两项手术，请列明所做的其他矫正手术。	

(d) 手术日期及地点	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	月 日 年
进行手术医院： _____	
(e) 手术是否由心脏专科医生进行？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
若非由填写此表格的医生进行，请提供心脏专科医生的姓名及地址。	

4. 请提供所有报告副本，包括手术、X光检查、电脑扫描、其他影像报告、化验报告、血管造影报告等，以及任何相关的医院报告副本。	

保单号码

5. 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

6. 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。