



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"/> <input type="text"/>		
投保人姓名	身份证/护照号码	03450048
<input type="text"/>	<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：\_\_\_\_\_

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)

投保人病情详情

1. 请提供最终诊断的详细信息。	
2. 请描述该病之状况。 (a) 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. _____ (b) 上述的闭塞情况是否经由冠状动脉造影术确定？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果“是”，请列出冠状动脉造影术进行的日期及地点。 日期： <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 月      日      年  地点：_____	
3. 请提供治疗详情。 (a) 已接受矫正手术？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如“是”，请提供详情。 日期： <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 月      日      年  地点：_____	
手术医生姓名：_____	
(b) 其他治疗	
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。	
5. 投保人过去是否患有或接受治疗的其他重大疾病？  <input type="checkbox"/> 是 请提供详情 <input type="checkbox"/> 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。	

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。

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。