



# 长生人寿保险有限公司

## 癫痫问卷

申请保险补充资料

被保险人（投保人）姓名：\_\_\_\_\_ 保险合同号码：\_\_\_\_\_ 身份证/护照/军人证号码：\_\_\_\_\_

请详述以下问题，填写后请交回本公司，如需要请另附页说明

1. (a) 几岁开始发作？ \_\_\_\_\_  
(b) 是否经脑电图证实？ ☐是 ☐否  
(c) 多长时间发作一次/即发作频率： \_\_\_\_\_
2. (a) 何时开始接受治疗？ \_\_\_\_\_  
(b) 在哪家医院就诊？ \_\_\_\_\_  
(c) 现在是否用药治疗？病情是否得到控制？  
☐是，请说明药物的名称和剂量： \_\_\_\_\_  
☐否，请说明最近的使用药物的时间和名称： \_\_\_\_\_
3. 近五年来(a) 每年发作的次数是多少？ \_\_\_\_\_  
(b) 最近一次发作日期？ \_\_\_\_\_
4. 是否因癫痫而停止工作？ ☐是 ☐否  
若是，请详述何时，多长时间？ \_\_\_\_\_
5. 是否因癫痫而改变职业？ ☐是 ☐否
6. (a) 是否饮酒？ ☐是 ☐否  
(b) 如是，饮酒多少年/每天饮酒多少？ \_\_\_\_\_
7. (a) 是否住院？ ☐是 ☐否  
如是，请说明住院时间： \_\_\_\_\_  
(b) 是否接受何种特殊治疗？ ☐是 ☐否  
如是，请说明： \_\_\_\_\_

本人声明上述情况完整而真实，并知道本问卷属于投保文件的一部分。

被保险人签名： \_\_\_\_\_

投保人签名： \_\_\_\_\_

营销员签名： \_\_\_\_\_

日期： \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日