



长生人寿保险有限公司

脊髓灰质炎问卷

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. 脊髓灰质炎病史从何时开始？_____

2. 是否有后遗症？ ☐左侧 ☐右侧 ☐双侧

3. 是否需要拐杖或轮椅帮助行走？ ☐是 ☐否

4. 近五年来，行走困难有否加重？ ☐有 ☐否

如有，请详述：_____

5. 是否影响呼吸功能？ ☐是 ☐否

如是，请详述：_____

6. 是否有排尿困难或尿失禁现象？ ☐排尿困难 ☐尿失禁 ☐无

7. 请详细描述您目前的工作内容。

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：_____

体检医师签名：_____

日期：_____年____月____日