



长生人寿保险有限公司

失明问卷

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. 失明病史从何时开始？	1.
2. 引起失明原因？ (如先天性、疾病或意外导致)	2.
3. 单侧还是双侧, 完全还是部分失明？	3.
4. 可否提供病史？	4.

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