



长生人寿保险有限公司

意外损伤问卷

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

问题

详述（如需要请另附页说明）

1. 何时意外损伤？	1.
2. 何种事故？ （如交通意外，请说明你是司机还是乘客或行人）	2.
3. 是否曾发生过类似事件？ 如有，请详述。	3.
4. 是否有意识不清？ 如有，请详述。	4.
5. 是否住院，如是，住院多久？	5.
6. 是否病假，如是，病假多久？	6.
7. 损伤情况怎样？	7.
8. 是否有颅骨骨折？	8.
9. 哪家医院就诊？	9.
10. (a) 是否有头痛、头晕、一过性黑蒙或呕吐？ (b) 如有，请详述，包括次数、严重性	10. (a) ☐ 是 ☐ 否 (b)
11. 其他	11.

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