



长生人寿保险有限公司

肿瘤/囊肿问卷

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，需要请另附页说明

1. 何时发现有肿瘤或囊肿 _____
2. 诊断方法（请提供诊断报告）
 X光 超声 磁共振仪 病理 其他（请详述）
3. 肿瘤或囊肿大小及位置： _____
4. 肿瘤属性
 良性 恶性 其他（请详述） _____
5. 治疗方法（请选择合适的项目，并指明治疗开始和结束日期）
 口服药物 手术（请填写问题6）
 放射性疗法 化学疗法
 其他，请详述： _____
6. 请指明手术医师姓名及所在医院名称和地址，以及手术疤痕的位置和大小

7. 是否有进一步的治疗？ 是 否
若是，请详述： _____
8. 现状
 - 1) 是否有复发迹象？ 是 否
若是，请详述： _____
 - 2) 是否定期复诊？ 是 否

最近一次复诊日期： _____

下次复诊日期： _____

9. 目前主治医师的姓名以及所在医院的名称和地址

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