意外賠償申請表 ACCIDENT CLAIM FORM

中國人壽 CHINA LIFE | 海外

保單號碼 Policy No.										

第二部份–主診醫生報告書(由主診醫生填寫，所有費用由受保人/保單持有人/索償人自行承擔)
PART II – ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT (To be completed by attending physician at the Insured / Policyholder / Claimant's own expenses.)

A. 病人資料 PARTICULARS OF PATIENT

病人姓名 Name of patient		病人年齡/性別 Age/sex of patient	/	病人身份證/護照號碼 I.D / Passport No. of patient	

B. 診治資料 CONSULTATION DETAILS

1 意外發生日期 Date of Accident

年 Year	月 Month	日 Day	時 Hour	分 Minute	上午/下午 AM/PM

2(a) 如有住院，請提供住院時段 Period of hospital confinement if hospitalized

年 Year	月 Month	日 Day	時 Hour	分 Minute	上午/下午 AM/PM

2(b) 醫院名稱 Name of hospital

3 受傷後首次接受就診日期 Date of first consultation for this injury

年 Year	月 Month	日 Day	
			☐ 上午 AM ☐ 下午 PM

4(a) 意外發生經過 Circumstances of accident

4(b) 身體受傷之部位 Part of body injured

4(c) 受傷類別和程度 Type and extent of injury

4(d) 閣下於首次會診該病人時，其身體有否可見之表面傷痕？如有，請描述。Is there any visible contusion, cut or wound on the exterior body part at your first consultation? If yes, please describe in details. ☐ 是 Yes ☐ 否 No

5 最後會診日期 Date of last consultation 年 Year 月 Month 日 Day

病人之康復情況 Status of recovery

6 請提供所有治療詳情(例如留院、手術、物理治療、X 光、特別診斷程序檢查) Please provide all treatments details (such as hospitalization, surgery, physiotherapy, X-ray, special diagnostic procedures and investigation etc.)

年 Year	月 Month	日 Day	治療詳情 Treatment details	檢查結果/治療時期 Result/ Treatment duration

保單號碼 Policy No.										

B. 診治資料 (續) CONSULTATION DETAILS (Continued)

7 受保人就此次意外受傷，有否接受其他醫生治療？如有，請註明 Any other physicians who treated Insured for the same injury? If yes, please give details ☐ 是 Yes ☐ 否 No

年 Year	月 Month	日 Day	醫生姓名 Name of physician(s)	電話及地址 Telephone No. & Address(es)

8 該次受傷是否由下列任何一項而導致加長傷殘時間? 如下述任何一項為"是"，請註明詳情 Was such injury induced from or affected by any of the following which may contribute to and/or lengthen the period of disability? If any of the below is "yes", please give details.

(a) 身體缺陷 / 先天異常 Physical defects / congenital anomaly ☐ 是 Yes ☐ 否 No

(b) 過往不良健康狀況記錄 Unfavourable past medical history ☐ 是 Yes ☐ 否 No

(c) 退化性轉變 Degenerative changes ☐ 是 Yes ☐ 否 No

(d) 藥物或酒精 By drugs or alcohol ☐ 是 Yes ☐ 否 No

9 有沒有其他因素影響痊癒進度？如有，請註明詳情及採用之任何特別治療 Was healing complicated? If yes, please state details & any special treatment given. ☐ 是 Yes ☐ 否 No

10 以病人本身的工作或職業而論，請詳述此意外/ 傷勢對其的影響: Bearing in mind the declared duties/occupation of this patient, please indicate the impact of the accident / disablement:

☐ 能夠從事任何工作或職業 Can perform any kind of work and duties

☐ 不能從事其職業本身之部分工作 Cannot perform partial duties of his/ her own occupation

☐ 不能從事其職業本身之任何工作 Cannot perform all duties of his/ her own occupation

☐ 不能從事任何類型的工作或職業 Cannot perform any kind of work and duties

請提供喪失部分工作能力的時間 Please state period of incapable to perform some of his/her duties

由 From 年 Year 月 Month 日 Day

至 To 年 Year 月 Month 日 Day

請提供喪失全部工作能力的時間 Please state period of incapable to perform some of his/her duties

由 From 年 Year 月 Month 日 Day

至 To 年 Year 月 Month 日 Day

11 根據病人之職業，此次受傷如何影響及阻礙其職業之日常職務 Bearing in mind patient's occupation, how would the injury prevent the patient from performing all the duties of his/her job?

保單號碼 Policy No.										

B. 診治資料(續)CONSULTATION DETAILS (Continued)

12 若不能工作兩星期以上，請詳述閣下認為病人不能提早復工之原因。**If an absence from work for more than two weeks is necessary, please describe in details why you think the patient could not return to work earlier.**

13 如是次意外導致該病人永久傷殘，請評估傷殘對身體功能所造成永久損失的程度(以%表示) **If the accident caused any permanent disability to the patient, please assess the loss of body function permanently caused by the injury, expressed in percentage.**

14 病人在發生意外當時，是否已患上任何疾病或缺陷？**Is the patient now/ Was the patient at the time of this accident suffering/suffered from any illness, disease or infirmity?**

☐ 沒有 No ☐ 有，請提供詳情 Yes，Please provide details.

15 **請提供病人的預計復職/康復日期**
Please state when the patient can resume duties or the recovery date

年 Year ____ 月 Month ____ 日 Day ____

C. 主診醫生資料及聲明 ATTENDING PHYSICIAN'S PARTICULARS AND DECLARATION

本人謹此聲明，就本人所知所信，上述由本人提供的資料均為事實之全部，並確實無訛。I HEREBY DECLARE that all the information provided by me in this form is true and correct to the best of my knowledge and belief.

主診醫生姓名 **Name of Attending physician**		**資歷** **Qualification**			
地址 Address		**聯絡電話** **Contact No.**			
主診醫生簽署及醫院/診所蓋章 **Signature of Attending Physician and Stamp of Hospital/Clinic**		**日期** **Date**	年 Year	月 Month	日 Day