

時代女性/聰慧女性保障賠償申請表
TIME LADY/ SAVVY LIFE LADY PROTECTION CLAIM FORM

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

1 病人姓名 Name of Patient	
2 年齡及性別 Age and Sex	
3 身份證/ 護照號碼 I.D. Card / Passport No.	

B. 臨床資料 CLINICAL DETAILS

1 病人之醫療記錄可追溯至 We can trace the medical record of patient back to		
年 Year	月 Month	日 Day

2 首次出現病徵日期或意外發生日期 Date of the accident occurred or symptoms first appeared		
年 Year	月 Month	日 Day

3 病人首次有關此病症之求診日期 Date of first consultation for this condition or related illness		
年 Year	月 Month	日 Day

4 請詳細說明首次會診時之徵狀和病症 Please describe the symptoms and complaints at first consultation	

5 病人是否由其他醫生轉介？如是，請提供該醫生之姓名及地址。 Is the patient referred by other physician? If yes, please give the name and address of the referring doctor.	<input type="checkbox"/> 是 Yes	<input type="checkbox"/> 否 No

6 診斷 Diagnosis	

7 住院資料 Hospitalization Details	
醫院名稱 Name of Hospital	
入院日期 Date of Admission	年 Year 月 Month 日 Day
出院日期 Date of Discharge	年 Year 月 Month 日 Day

8 手術資料 Surgical Procedure Details	
手術日期 Date of Surgical Procedure	年 Year 月 Month 日 Day
手術名稱 Name of the Surgical Procedure	
手術性質 Nature of the Surgical Procedure	

9 出院摘要，住院期間之治療、檢查及其結果、有否任何併發症及出院後之覆診或跟進計劃 Brief Discharge Summary (including treatments, investigation procedures, results, and/or any complications and follow up plan)	



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

C. 有關嬰兒先天性異常 INFANT CONGENITAL ANOMALY

1 是項先天性異常之確實診斷 Exact clinical diagnosis for infant congenital anomaly

--	--

2 請提供所有臨床病徵及異常狀況 Please give details of the clinical manifestations.

3 治療撮要，有關上述診斷之治療、檢查及其結果、有否任何併發症及覆診或跟進計劃 Brief treatment summary (including treatments, investigation procedures, results, and/or any complications and follow up plan)

D. 其他醫療病史 OTHER MEDICAL HISTORY

1 病人過往有否以下病症/習慣。 Does the patient have any medical history or habit as indicated below?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 哮喘 Asthma | <input type="checkbox"/> 心臟病 Cardiac problem | <input type="checkbox"/> 糖尿病 Diabetes Mellitus |
| <input type="checkbox"/> 乙型肝炎 Hepatitis B | <input type="checkbox"/> 高血壓 Hypertension | <input type="checkbox"/> 曾接受手術 Previous operation |
| <input type="checkbox"/> 濫藥 Drug abuse | <input type="checkbox"/> 家族性癌症 Family history of cancer | <input type="checkbox"/> 家族病史 Unfavorable family history |
| <input type="checkbox"/> 飲酒習慣 Drinking | <input type="checkbox"/> 吸煙習慣 Smoking | |
| <input type="checkbox"/> 以上皆沒有 None | <input type="checkbox"/> 其他疾病，請說明 Other disease, please specify | |

2 該病人曾否因患上述疾病或其他嚴重疾病接受醫生或醫院治療？如是者，請述詳情。 Had the patient previously been treated or hospitalized for the above disease or other major disease? If so, please give details.

日期 Dates			疾病 Disease	治療/住院詳情 Details of treatment/hospitalization	醫生姓名/醫院名稱 Name of Physician/Hospital
年 Year	月 Month	日 Day			

3 請提供病人飲酒/吸煙習慣詳情 Please provide details of Drinking & Smoking habit of patient.

習慣始自 Drinking/ Smoking start date since 年 Year 月 Month 日 Day

每日用量 Daily consumption (支/包/樽/罐 piece/ pack/ bottle/ can)

E. 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