

晚期疾病賠償申請表 TERMINAL ILLNESS CLAIM FORM

		不平分	碼 Policy No.										
	I部份 - 主診醫生報告書 (由主診醫 T Ⅱ – ATTENDING PHYSICIAN'S STATE mant's own expenses.)											holde	er /
	有人資料 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.												
В. 🖁	a床資料 CLINICAL DETAILS												
1	病人之醫療記錄可追溯至 We can trace the	medical rec	ord of patient back	to									
	年 Year 月 Month	日 Day											
2	首次出現病徵日期發生日期 Date of the syr	nptoms first	t appeared										
	年 Year 月 Month	⊟ Day											
3	病人首次有關此病症之求診日期 Date of fir	rst consulta	tion for this conditi	on or rel	ated ill	ness							
	年 Year 月 Month	日 Day											
4	請詳細說明首次會診時之徵狀和病症 Plea	se describe	the symptoms and	compla	nts at f	first co	nsulta	ition.					
			, ,	•									
5		什 並 医2 /	ᆉᄴᄼᄝᇄᆎᇬ	the net	liant ra	forrod	by of	hor -					
	physician? If yes, please give the name and ac			ille pa	ilelli Te	ileireu	by or	liei L	是	es/es		否 No	
6	診斷 Diagnosis												
7	何時確診 When was the diagnosis made		年	Year				⊟ Mon	th		⊟ Dav		
7	何時確診 When was the diagnosis made			Year			ш	月 Mon		<u> </u>	日 Day	Ĺ	
7 8	何時確診 When was the diagnosis made 根據上述之診斷,請提供病人的大概存活	诗間。Acco		<u> </u>	e, pleas	se prov	ш			<u> </u>		Ĺ	atient.
7 8		持間。Acco		<u> </u>	ı e, pleas	se prov	ш			<u> </u>		Ĺ	atient.
7 8		诗間。Acco		<u> </u>	, pleas	se prov	ш			<u> </u>		Ĺ	atient.
7 8	根據上述之診斷,請提供病人的大概存活的 根據上述之診斷,請提供病人的大概存活的 根據 人名 表 表 表 表 表 表 表 表 表 表 表 表 表 表 表 表 表 表		rding to the diagnos	sis above			ide the	e proba	ıble suı	rvival p	period	of the p	
	根據上述之診斷·請提供病人的大概存活的		rding to the diagnos	sis above			ide the	e proba	ıble suı	rvival p	period	of the p	
	根據上述之診斷,請提供病人的大概存活的 根據上述之診斷,請提供病人的大概存活的 根據 人名 表 表 表 表 表 表 表 表 表 表 表 表 表 表 表 表 表 表		rding to the diagnos	sis above			ide the	e proba	ıble suı	rvival p	period	of the p	
	根據上述之診斷,請提供病人的大概存活的 根據上述之診斷,請提供病人的大概存活的 根據 人名 表 表 表 表 表 表 表 表 表 表 表 表 表 表 表 表 表 表		rding to the diagnos	sis above			ide the	e proba	ıble suı	rvival p	period	of the p	
	根據上述之診斷·請提供病人的大概存活 病人是否正接受積極治療?如否·請提供 reason.	共詳情及原 中 中 中 中 一 中 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一	rding to the diagnos 因。Is the patient	sis above receivin	g any a	active	ide the	e proba	f no, p	rvival p	period	of the p	ls and
9	根據上述之診斷·請提供病人的大概存活的 病人是否正接受積極治療? 如否·請提供 reason.	共詳情及原 中 中 中 中 一 中 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一	rding to the diagnos 因。Is the patient	sis above receivin	g any a	active	ide the	e proba	f no, p	rvival p	period	of the p	ls and
9	根據上述之診斷·請提供病人的大概存活 病人是否正接受積極治療?如否·請提供 reason.	共詳情及原 中 中 中 中 一 中 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一	rding to the diagnos 因。Is the patient	sis above receivin	g any a	active	ide the	e proba	f no, p	rvival p	period	of the p	ls and
9	根據上述之診斷·請提供病人的大概存活 病人是否正接受積極治療?如否·請提供 reason.	共詳情及原 中 中 中 中 一 中 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一	rding to the diagnos 因。Is the patient	sis above receivin	g any a	active	ide the	e proba	f no, p	rvival p	period	of the p	ls and



中國人壽保險(海外)股份有限公司(於中華人民共和國註冊成立之股份有限公司) China Life Insurance (Overseas) Company Limited (incorporated in the People's Republic of China with limited liability) HK-CL-ICLA11/202511-01 P. 1 of 2

			1714 1 34	ル 词 PUIICY NO.						
C. 閣	下之專業意見 PROF	FESSIONAL COM	MENT							
1	是次診斷是否復發個 a recurrent episode or re 診治日期 Date of diag 詳情(包括診斷/治療/	elated to any previous gnosis/treatments	s conditions? If 年 Year	so, please provide d	etails of the 月 Month	diagnosis an	d treatm ∃ Day	-	■ 是 Yes	□ 否 No
2	病人之家族史有否增	加病人患上此症的	的風險? Is ther	re any patient's fami	ly history w	vhich would i	ncrease	the risk of	this illness?	?
3	病情預測 The prognos	sis of the condition								
4	是否與人體免疫缺損	病毒有關 Is it HIV	related?							
D. 其	性醫療病史 OTHER	MEDICAL HISTOR	RY							·
1	病人過往有否以下病			any medical history	or habit as	indicated be	low?			
	啰喘 Asthma			病 Cardiac problem		_		Diabetes Mell	itus	
	□ 乙型肝炎 Hepatitis	В	高血	壓 Hypertension			曾接受	手術 Previous	soperation	
	■ 濫藥 Drug abuse		飲酒	習慣 Drinking			吸煙習慣	貫 Smoking		
								Ū		
	家族性癌症 Family	y history of cancer	_	病史 Unfavorable famil				ŭ		
	□ 家族性癌症 Family□ 以上皆沒有 None	y history of cancer	_	病史 Unfavorable famil 疾病・請說明 Other				Ū		
2	以上皆沒有 None 該病人曾否因患上述	i疾病或其他嚴重 i	— □ ^{其他} 疾病接受醫生	疾病·請說明 Other E或醫院治療 ? 如	disease, pleas]是者・請	se specify			viously beer	n treated or
2	以上皆沒有 None 該病人曾否因患上述 hospitalized for the abo	i疾病或其他嚴重 ove disease or other	── □ ^{其他} 疾病接受醫生 major disease	疾病·請說明 Other E或醫院治療 ?如 e? If so, please give	disease, pleas コ是者・請 details.	se specify		patient prev		
2 年 Yea	以上皆沒有 None 該病人曾否因患上述 hospitalized for the abo 日期 Dates	i疾病或其他嚴重 i	── □ ^{其他} 疾病接受醫生 major disease	疾病·請說明 Other E或醫院治療 ?如 e? If so, please give	disease, pleas 1是者・請 details. 在院詳情	se specify i述詳情。H		patient prev 醫生姓	viously been 名/醫院名 Physician/Ho	稱
	以上皆沒有 None 該病人曾否因患上述 hospitalized for the abo 日期 Dates	i疾病或其他嚴重 ove disease or other	── □ ^{其他} 疾病接受醫生 major disease	疾病·請說明 Other E或醫院治療 ? 如 e? If so, please give 治療/	disease, pleas 1是者・請 details. 在院詳情	se specify i述詳情。H		patient prev 醫生姓	名/醫院名	稱
	以上皆沒有 None 該病人曾否因患上述 hospitalized for the abo 日期 Dates	i疾病或其他嚴重 ove disease or other	── □ ^{其他} 疾病接受醫生 major disease	疾病·請說明 Other E或醫院治療 ? 如 e? If so, please give 治療/	disease, pleas 1是者・請 details. 在院詳情	se specify i述詳情。H		patient prev 醫生姓	名/醫院名	稱
	以上皆沒有 None 該病人曾否因患上述 hospitalized for the abo 日期 Dates	i疾病或其他嚴重 ove disease or other	── □ ^{其他} 疾病接受醫生 major disease	疾病·請說明 Other E或醫院治療 ? 如 e? If so, please give 治療/	disease, pleas 1是者・請 details. 在院詳情	se specify i述詳情。H		patient prev 醫生姓	名/醫院名	稱
	以上皆沒有 None 該病人曾否因患上述 hospitalized for the abo 日期 Dates	i疾病或其他嚴重 ove disease or other	── □ ^{其他} 疾病接受醫生 major disease	疾病·請說明 Other E或醫院治療 ? 如 e? If so, please give 治療/	disease, pleas 1是者・請 details. 在院詳情	se specify i述詳情。H		patient prev 醫生姓	名/醫院名	稱
	以上皆沒有 None 該病人曾否因患上述 hospitalized for the abo 日期 Dates	i疾病或其他嚴重 ove disease or other 疾病 Disea	英病接受醫生 major disease ise	疾病·請說明 Other E或醫院治療 ? 如 e? If so, please give 治療/ Details of treati	disease, please 1是者,請 details. 住院詳情 ment/hospit	se specify i述詳情。H		patient prev 醫生姓	名/醫院名	稱
年 Yea	以上皆沒有 None 該病人曾否因患上述 hospitalized for the abo 日期 Dates ar 月 Month 日 Day	i疾病或其他嚴重 ove disease or other 疾病 Disea	疾病接受醫生 major disease se	疾病・請說明 Other E或醫院治療 ?如 e? If so, please give 治療/ Details of treate	disease, please 1是者,請 details. 住院詳情 ment/hospit	se specify i述詳情。H	ad the p	patient prev 醫生姓	名/醫院名	稱
年 Yea	以上皆沒有 None is病人曾否因患上述 hospitalized for the abo 日期 Dates ar 月 Month 日 Day 請提供飲酒/吸煙習慣	i疾病或其他嚴重 ove disease or other 疾病 Disea 貫詳情 Please provie noking start date sin	疾病接受醫生 major disease se	疾病・請說明 Other E或醫院治療 ?如 e? If so, please give 治療/ Details of treatu rinking & Smoking I	disease, please コ是者・請 details. 住院詳情 ment/hospit	se specify i述詳情。H	ad the p	B 生始 Name of F	· 名/醫院名 Physician/Ho	稱
年 Yea	is病人曾否因患上述 hospitalized for the about DHI Dates Ar 月 Month 日 Day is	i疾病或其他嚴重 ove disease or other 疾病 Disea 實詳情 Please provie noking start date sin	疾病接受醫生 major disease ase	疾病・請說明 Other E或醫院治療 ? 如 e? If so, please give 治療/ Details of treatu rinking & Smoking I	disease, please コ是者・請 details. 住院詳情 ment/hospit	se specify will be a specify talization understand the specific or specifi	ad the p	B 生始 Name of F	· 名/醫院名 Physician/Ho	稱
年 Yea 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4	is病人曾否因患上述hospitalized for the about 日期 Dates 日期 Dates 日別 Day	i疾病或其他嚴重 ove disease or other 疾病 Disea 震詳情 Please provi noking start date sin mption ATTENDING PHYS	疾病接受醫生 major disease ase	疾病・請說明 Other E或醫院治療 ? 如 e? If so, please give 治療/ Details of treatu rinking & Smoking I 年 (3	disease, please 1是者,請 details. 1住院詳情 nent/hospit	se specify j述詳情。Hi talization 群 piece/ pack	ad the p	B 生姓 Name of F	名/醫院名 Physician/Ho	稱 pspital
年 Yea 3 E. 主 本人記 true an	以上皆沒有 None 該病人曾否因患上述 hospitalized for the abo 日期 Dates ar 月 Month 日 Day 請提供飲酒/吸煙習慣 習慣始自 Drinking/ Sm 毎日用量 Daily consur 意診醫生資料及聲明 並此聲明・就本人所知所で d correct to the best of my kn	i疾病或其他嚴重 ove disease or other 疾病 Disea 震詳情 Please provi noking start date sin mption ATTENDING PHYS	疾病接受醫生 major disease ase	疾病・請說明 Other E或醫院治療 ? 如 e? If so, please give 治療/ Details of treatu rinking & Smoking I 年 (3	disease, please 1是者,請 details. 1住院詳情 nent/hospit	se specify	ad the p	B 生姓 Name of F	名/醫院名 Physician/Ho	稱 pspital
年 Yea 4 A 人記 true an 主診響	is病人曾否因患上述hospitalized for the about 日期 Dates 日期 Dates 日別 Day	i疾病或其他嚴重 ove disease or other 疾病 Disea 震詳情 Please provi noking start date sin mption ATTENDING PHYS	疾病接受醫生 major disease ase	疾病・請說明 Other E或醫院治療 ? 如 e? If so, please give 治療/ Details of treatu rinking & Smoking I 年 (3	disease, please 1是者,請 details. 1住院詳情 nent/hospit	se specify j述詳情。Hi talization 群 piece/ pack	ad the p	B 生姓 Name of F	名/醫院名 Physician/Ho	稱 pspital
年 Yea 4 A E. 主 本 true an 主診 Name 地址	is病人曾否因患上述hospitalized for the about the part of the	i疾病或其他嚴重 ove disease or other 疾病 Disea 震詳情 Please provi noking start date sin mption ATTENDING PHYS	疾病接受醫生 major disease ase	疾病・請說明 Other E或醫院治療 ? 如 e? If so, please give 治療/ Details of treatu rinking & Smoking I 年 (3	disease, please 1是者,請 details. 1住院詳情 nent/hospit	se specify j述詳情。Hatalization 在alization TION EBY DECLARE	月 M bottle/	B 生姓 Name of F	名/醫院名 Physician/Ho	稱 pspital
年 Yea 4 A E. 主 本人語 true an 主診器 Name	is病人曾否因患上述hospitalized for the about the part of the	i疾病或其他嚴重 ove disease or other 疾病 Disea 震詳情 Please provi noking start date sin mption ATTENDING PHYS	疾病接受醫生 major disease ase	疾病・請說明 Other E或醫院治療 ? 如 e? If so, please give 治療/ Details of treatu rinking & Smoking I 年 (3	disease, please 1是者,請 details. 1住院詳情 nent/hospit	se specify i述詳情。Hi talization 權 piece/ pack TION EBY DECLARE Qualificati	用 M d bottle/	Month re information	名/醫院名 Physician/Ho	稱 ospital
年 Year 3 E. 主 true an 主診 Name 地址 Addre 主診 1	is病人曾否因患上述hospitalized for the about the part of the	直疾病或其他嚴重 pve disease or other 疾病 Disea 養詳情 Please provie noking start date sir mption ATTENDING PHYS 信・上述由本人提供 nowledge and belief.	疾病接受醫生 major disease ase	疾病・請說明 Other E或醫院治療 ? 如 e? If so, please give 治療/ Details of treatu rinking & Smoking I 年 (3	disease, please 1是者,請 details. 1住院詳情 nent/hospit	se specify i述詳情。Haritalization a piece/ pack TION EBY DECLARE Qualificati 聯絡電話	用 M d bottle/	B 生姓 Name of F	名/醫院名 Physician/Ho	稱 pspital