中國人壽 CHINA LIFE | 海外

# 免繳/供款者免繳保費/傷殘賠償申請表
# WAIVER OF PREMIUM / PAYOR BENEFIT / DISABILITY 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.病歷及診斷 HISTORY & DIAGNOSIS

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

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. ☐ 是 Yes ☐ 否 No

6 首次診斷日期 The date when the diagnosis was given 年 Year 月 Month 日 Day

7 最後診斷結果及其併發症 The final diagnosis of the condition and its complications

8 病人所申報之學歷、認可知識及訓練 The academic qualification, qualified knowledge and training declared by the patient

9 病人之現識、職位及職責 The patient's occupation, exact nature of occupational duties before disability

10 a) 請提供病人首次未能工作日期 Please give the date the patient first absent from work 年 Year 月 Month 日 Day

b) 如已恢復工作能力，請提供病人可恢復工作的日期 Please give the expected date the patient to resume work 年 Year 月 Month 日 Day

| 保單號碼 Policy No. | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

## B.病歷及診斷 (續) HISTORY & DIAGNOSIS (Continued)

**11** **a) 請詳述病人如何因是次診斷影響而導致完全不能回復本來之工作崗位 Please state in details on how the diagnosis prevents the patient from resuming work**

**b) 病人可否從事其他的職業 Could he/she engage in any other occupation?**

☐ **不可以 No** ☐ **可以，由 Yes, from** 年 Year 月 Month 日 Day

**c) 職業活動上的限制 Limitation to occupation activities.**

**12** **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 all of his/her duties**

**由 From** 年 Year 月 Month 日 Day

**至 To** 年 Year 月 Month 日 Day

**13** **請詳述完全喪失工作能力原因 Please state the cause of total disability**

**14** **若病人目前仍喪失工作能力，閣下認為該情況將會持續多久? If the patient is still totally disabled, how long will such disability be expected to continue ?**

**15** **所有關於是項診斷之治療、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 Any treatments, investigation procedures, results, and/or any complications and follow up plan regarding the subject diagnosis**

## C. 病人現時之健康狀況 CURRENT HEALTH CONDITIONS OF THE PATIENT

**1** **康復進展 Progress of recovery**

☐ 已完全康復 Recovered ☐ 康復中 Improving ☐ 情況穩定 Static ☐ 情況惡化 Retrogressed

註 Remarks :

| 保單號碼 Policy No. | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

## C. 病人現時之健康狀況 (續) CURRENT HEALTH CONDITIONS OF THE PATIENT (Continued)

**2 日常活動概況 Current state of mobility**

☐ 行動自如 Ambulatory ☐ 需留在家中 Home confined ☐ 需臥床 Ben confined ☐ 情況惡化 Retrogressed

註 Remarks :

**3 按日常生活活動評估，病人在不受輔助下，可否完成下列事項? Can the Patient perform below listed "Activities of Daily Living" without the use mechanical equipment, special devices or other aids and adaptation?**

| | | |
|---|---|---|
| 上下床或從椅子坐起 Transfer to get in bed and out of bed or chair | ☐ 可以 Can | ☐ 不可以 Cannot |
| 行動 Mobility | ☐ 可以 Can | ☐ 不可以 Cannot |
| 穿衣 Dressing | ☐ 可以 Can | ☐ 不可以 Cannot |
| 洗澡及梳洗 Bathing & Washing | ☐ 可以 Can | ☐ 不可以 Cannot |
| 進食 Eating | ☐ 可以 Can | ☐ 不可以 Cannot |
| 如廁 Toileting | ☐ 可以 Can | ☐ 不可以 Cannot |

註 Remarks :

## 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?**

☐ 哮喘 Asthma ☐ 心臟病 Cardiac problem ☐ 糖尿病 Diabetes Mellitus

☐ 乙型肝炎 Hepatitis B ☐ 高血壓 Hypertension ☐ 曾接受手術 Previous operation

☐ 濫藥 Drug abuse ☐ 飲酒習慣 Drinking ☐ 吸煙習慣 Smoking

☐ 家族性癌症 Family history of cancer ☐ 家族病史 Unfavorable family history

☐ 以上皆沒有 None ☐ 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 or treatment/hospitalization | 醫生姓名/醫院名稱 Name of Physician/Hospital |
|---|---|---|---|---|---|
| 年 Year | 月 Month | 日 Day | | | |
| | | | | | |

**3 請提供飲酒/吸煙習慣詳情 Please provide details of Drinking & Smoking habit.**

**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 |
| | | | | | |