

## 嚴重疾病及傷殘保障索償申請書資料補充第二部份 — 癌症

本報告必須由病者之主診醫生填寫。萬通保險國際有限公司不會負責填寫此報告之費用。

---

保單號碼 : 病人姓名 :  
病人身份證號碼 : 病人年齡 :

---

1) 有否給予患者進行任何診斷測試或病理化驗？(請提供有關病理化驗報告副本)？

日期                      診斷測試或病理化驗                      診斷結果

2) 患者以往有否同類或類似疾病發生？如有，請提供該病之診証日期及正確斷症。

日期                      診斷測試                      治療/結果

3) 根據閣下的紀錄，請列出病者的所有住院紀錄。

入院日期                      出院日期                      診斷                      治療                      醫院名稱

4) 關於有關病患，請提供詳情：

a) 組織化驗報告是否證實此腫瘤為惡性，並不受控制地生長及擴散，並侵入身體的機能組織？

b) 腫瘤存在的位置及/或器官？

c) 提供有關腫瘤或惡性疾病的病理組織詳情：

d) 請列出病者之癌症之級別及分類：

e) 癌細胞是否已侵入其他器官/組織？如是，請提供詳情：

f) 是否有遠端性轉移？

嚴重疾病及傷殘保障索償申請書資料補充第二部份 — 癌症

---

病者姓名 : \_\_\_\_\_ 身份證號碼 : \_\_\_\_\_

g) 是否涉及其他淋巴部位？

h) 如果診斷為皮膚癌，是否屬於惡性黑色素瘤？

5) 患者有無任何先天性 / 慢性 / 嚴重疾病？如有，請詳列。

6) 與患者最後之診斷或見面日期及患者當時之健康狀況，請詳列。

7) 其他補充：

---

本人現聲明本人曾提供治療予上述病者，就本人所知所信，上述的資料均為事實之全部，並確實無訛。

醫生簽署：\_\_\_\_\_ 專業資格：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

醫生姓名：\_\_\_\_\_ 醫院/醫生蓋印：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：\_\_\_\_\_