

嚴重疾病及傷殘保障索償申請書第二部份(補充) – 中風

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) 有關病者之中風，請提供之下資料：
  - a) 病發的性質:
  
  - b) 首次病發之日期:
  
  - c) 請詳細說明徵狀和病症:
  
  - d) 病者何時恢復正常活動:
  
  - d) 病者現在的情況如何?
  
- 2)
  - a) 有關之心臟血管意外(包括腦組織梗塞、腦內血管出血及源自頭顱外之栓塞)是否引致神經系統機能失調? 請提供詳情。
  
  - b) 上述之神經系統機能失調持續多久?
  
  - c) 是否有其他神經系統功能缺陷出現? 如有，請提供詳情及列出有關神經系統功能缺陷持續之時期。
  
- 3) 病者是否有持續六個月或以上的永久性神經系統功能缺陷? 提供詳情。  
神經系統功能缺陷:  
  
上列功能缺陷出現日期:  
  
上列功能缺陷終止日期:

嚴重疾病及傷殘保障索償申請書第二部份(補充) – 中風

---

病者姓名 : \_\_\_\_\_ 身份證號碼 : \_\_\_\_\_

4) 病者有否患上任何病病與是次中風相關? 請提供詳情。

5) a) 最後求診日期 :

b) 請提供病者於最後求診時之病情或病情進度 :

6) 病者有否透露過往之健康狀況? 如有, 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 : \_\_\_\_\_