

身故索償申請書 Death Claim Form

重要指示：請於適當空格內加「✓」號

Important note: Please put "✓" for the appropriate box

第二部分 PART II (由主診醫生填寫 to be completed by Attending Physician)

A. 死者資料 Deceased information

1. 姓名 Name	2. 身份證 / 護照號碼 ID Card / Passport Number	3. 年歲及性別 Age & Sex
4. 身故原因 Cause of Death	5. 身故日期 Date of Death <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: flex; justify-content: space-around;"> 日 DD 月 MM 年 YYYY </div>	6. 身故地點 Place of Death

B. 醫療資料 Medical Information

1. 死者是否因意外或非因病身故？ Was the death due to accident or non-illness cause? <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/> 是 Yes (請提供詳情 please provide details) a. 事件發生日期 Date of Incident b. 事件發生時間 Time of Incident c. 事件發生地點 Place of Incident <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: flex; justify-content: space-around;"> 日 DD 月 MM 年 YYYY </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> 時 HR 分 MIN </div> <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;"> <input type="checkbox"/> 上午 AM <input type="checkbox"/> 下午 PM </div> </div> d. 事件詳情 (如當時參與活動之詳情) Detail of Incident (such as details of the activities engaged) e. 請說明受傷部位 Please state the part(s) of body injured 															
2. 病徵首次出現日期 Symptom Onset Date <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: flex; justify-content: space-around;"> 日 DD 月 MM 年 YYYY </div>		3. 病徵 Symptom(s) 													
4. 請詳述導致 / 引起身故的最根本原因 Please provide details of the underlying cause of death 															
5. 死者過往是否曾經患有同類病徵？ Has the deceased ever had the same or similar symptom(s) before? <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/> 是 Yes (請提供詳情 please provide details) <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">日期 Date</th> <th style="width: 25%;">醫生 / 醫院 Physician / Hospital</th> <th style="width: 25%;">診所 / 醫院地址 Clinic / Hospital Address</th> <th style="width: 25%;">電話號碼 Telephone Number</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: flex; justify-content: space-around;">日 DD 月 MM 年 YYYY</div></td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: flex; justify-content: space-around;">日 DD 月 MM 年 YYYY</div></td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>				日期 Date	醫生 / 醫院 Physician / Hospital	診所 / 醫院地址 Clinic / Hospital Address	電話號碼 Telephone Number	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: flex; justify-content: space-around;">日 DD 月 MM 年 YYYY</div>	_____	_____	_____	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: flex; justify-content: space-around;">日 DD 月 MM 年 YYYY</div>	_____	_____	_____
日期 Date	醫生 / 醫院 Physician / Hospital	診所 / 醫院地址 Clinic / Hospital Address	電話號碼 Telephone Number												
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: flex; justify-content: space-around;">日 DD 月 MM 年 YYYY</div>	_____	_____	_____												
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: flex; justify-content: space-around;">日 DD 月 MM 年 YYYY</div>	_____	_____	_____												

註：如回答「是」並已提供詳情，請繼續填寫第 4 題 Note: If answered "Yes" and provided details, please continue to question 4



6. 請提供死者過往的健康記錄 Please provide the past health record of the deceased

日期 Date	醫生 / 醫院 Physician / Hospital	診所 / 醫院地址 Clinic / Hospital Address	電話號碼 Telephone Number
日 DD 月 MM 年 YYYY	_____	_____	_____
日 DD 月 MM 年 YYYY	_____	_____	_____
日 DD 月 MM 年 YYYY	_____	_____	_____

7. 請提供死者吸煙習慣、飲用酒精飲品習慣及家族病史
Please provide information of deceased's habit on smoking, consumption of alcoholic drink and family health history

相資料並未有記錄
No such information

吸煙 Smoking

產品種類 Product Type	每天平均用量 Daily Amount	持續時間 Duration
_____	_____ 支 Cigarette(s)	由 From 月 MM 年 YYYY 至 to 月 MM 年 YYYY

飲用酒精飲品 Drinking Alcohol

產品種類 Product Type	每天平均用量 Daily Amount	持續時間 Duration
_____	_____ 毫升 ml	由 From 月 MM 年 YYYY 至 to 月 MM 年 YYYY

家族病史 Family Health History

患病日期 Date of Illness	患病詳情 Illness Details	與死者關係 Relationship with Deceased
日 DD 月 MM 年 YYYY	_____	_____
日 DD 月 MM 年 YYYY	_____	_____
日 DD 月 MM 年 YYYY	_____	_____

註：請附上病理學報告、內窺鏡報告、診斷性化驗 / 檢驗報告及 / 或手術室撮要副本
Note: Please attach copies of histopathology report, endoscopic report, diagnostic / laboratory tests report and/or operating theatre summary

醫生資料 Physician Information

醫生姓名 Name of Physician	醫生 / 醫院簽署及蓋章 Signature and Official Stamp of Physician / Hospital
醫學及專業資格 Qualification and Specialty	診所 / 醫院地址 Address of Clinic / Hospital
電話號碼 Telephone Number	日期 (日 / 月 / 年) Date (DD/MM/YYYY)



PCL0010