

繼任持有人保障補充資料表格

Supplementary Form of Successor Owner Benefit

重要指示：

- 請於適當空格內加「✓」號。
- 請於轉換保單持有人申請時一併遞交此表格並附上有關報告或文件，例如醫院發出的出院報告並列明實際病因、病假紙、醫療報告，專科醫生報告等以方便審核。
- 填寫本補充資料表格第二部份的費用 (如有)，將會由繼任持有人承擔。

Important note:

- Please put "✓" for the appropriate box.
- Please submit this form together with the Change of Policyowner application and attach other reports or relevant documents, such as original hospital bills with breakdown details, discharge summary issued by hospital containing the exact diagnosis, sick leave certificate, medical report, specialist medical report etc. to enable us to assess your application.
- The fee (if any) for this Supplementary Form Part II will be borne by the Successor Owner.

第一部分 PART I (由繼任持有人填寫 to be completed by Successor Owner)

A. 保單持有人資料 Policyowner Information

1. 保單編號 Policy Number	2. 中文姓名 Name in Chinese	3. 英文姓名 Name in English
4. 身份證 / 護照號碼 ID Card / Passport Number	5. 出生日期 Date of Birth <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: flex; justify-content: space-around;"> 日 DD 月 MM 年 YYYY </div>	6. 性別 Sex
7. 診斷 Diagnosis	8. 診斷日期 Date of Diagnosis / Death <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: flex; justify-content: space-around;"> 日 DD 月 MM 年 YYYY </div>	

B. 因意外或非疾病原因 Cause due to Accident or Non-Illness

1. 事件發生日期 Date of Incident <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: flex; justify-content: space-around;"> 日 DD 月 MM 年 YYYY </div>	2. 事件發生時間 Time of Incident <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: flex; align-items: center;"> 時 HR : 分 MIN <div style="margin-left: 10px;"> <input type="checkbox"/> 上午 AM <input type="checkbox"/> 下午 PM </div> </div>	3. 事件發生地點 Place of Incident
4. 事件詳情 (如當時參與活動之詳情) Details of Incident (such as detail of the activities engaged)		5. 請說明受傷部位 Please State the Part(s) of Body Injured
6. 有否就是次事件報警? Is the incident being reported to the police? <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/> 有 (請提供詳情並附上警察報告 / 交通意外報告 / 口供紙副本, 如有) Yes (please provide details and attach copy of the police report / traffic accident report / oral statement, if any) 警署分區 District of Police Station 檔案編號 Case Reference Number 詳情 Details		

_____ 繼任持有人簽署 Signature of Successor Owner	_____ 繼任持有人姓名 Name of Successor Owner	_____ 日期 (日 / 月 / 年) Date (DD/MM/YYYY)
--	---	--



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

A. 保單持有人 (病人) 資料 Policyowner (Patient) Information

1. 姓名 Name	2. 身份證 / 護照號碼 ID Card / Passport Number	3. 年齡 Age	4. 性別 Sex
5. 閣下是否病人慣常求診的醫生? 如「是」, 醫療記錄可追溯至何時 Are you the patient's usual physician? If "Yes", medical records traceable from			
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 日 DD 月 MM 年 YYYY </div> </div>			

B. 醫療資料 Medical Information

1. 病徵首次出現日期 Symptom Onset Date	2. 首次求診日期 First Consultation Date	3. 病徵 Symptom(s)
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 日 DD 月 MM 年 YYYY </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 日 DD 月 MM 年 YYYY </div>	
4. a. 診斷日期 Diagnosis Date	b. 診斷 Diagnosis	
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 日 DD 月 MM 年 YYYY </div>		
c. 病人首次知悉日期 Patient First Being Informed Date	d. 從何處知悉 (請提供醫生 / 醫院名稱) Informed by (please provide name of physician / hospital)	
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 日 DD 月 MM 年 YYYY </div>		
e. 是次疾病之根本原因? 請提供詳情 What was the underlying cause of the disease? Please provide details		
5. 請提供治療及處方藥物詳情 (包括手術、放射治療、化療等) Please provide details of treatment and medication (include surgical, radiotherapy, chemotherapy, etc.)		
日期 Date	名稱 / 種類 Name / Type	詳情 Details
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 日 DD 月 MM 年 YYYY </div>		
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 日 DD 月 MM 年 YYYY </div>		
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 日 DD 月 MM 年 YYYY </div>		

6. 請提供病人過往的健康紀錄資料

Please provide information of the past health history of the patient

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					

(首次求診 First consultation)

日 DD	月 MM	年 YYYY					

日 DD	月 MM	年 YYYY					

7. 請提供病人家族病史、吸食煙草產品習慣及飲用酒精飲品習慣

Please provide information of patient's family health history, habit on smoking any tobacco products and consumption of alcoholic drink

<input type="checkbox"/> 家族病史 Family Health History	診斷日期 Diagnosis Date	疾病詳情 Disease Details	與病人關係 Relationship with Patient
--	------------------------	-------------------------	------------------------------------

日 DD	月 MM	年 YYYY					

日 DD	月 MM	年 YYYY					

日 DD	月 MM	年 YYYY					

<input type="checkbox"/> 吸食煙草產品 Smoking Tobacco Products	產品種類 Product Type	每天平均用量 Daily Amount	持續時間 Duration								
		支 Cigarette(s)	由 From <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td>月 MM</td><td>年 YYYY</td><td>至 to</td><td>月 MM 年 YYYY</td></tr></table>					月 MM	年 YYYY	至 to	月 MM 年 YYYY
月 MM	年 YYYY	至 to	月 MM 年 YYYY								

<input type="checkbox"/> 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 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td>月 MM</td><td>年 YYYY</td><td>至 to</td><td>月 MM 年 YYYY</td></tr></table>					月 MM	年 YYYY	至 to	月 MM 年 YYYY
月 MM	年 YYYY	至 to	月 MM 年 YYYY								

相關資料並未有記錄 No such information

註：請附上病理學報告、內窺鏡報告、診斷性化驗 / 實驗室測試報告及 / 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 / 醫院之地址
Address of Clinic / Hospital

電話號碼
Telephone Number

日期 (日 / 月 / 年)
Date (DD/MM/YYYY)