Fubon Life 富邦人壽

保單編號 Policy Number	

保費豁免 / 保費支付人保障索償申請書
Waiver of Premium / Payor Benefit Claim Form

Clear Whole 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. 病人資料 Patient Information

1. 姓名 Name	2. 身份證 / 護照號碼 ID Card / Passport Number	3. 年歲 Age	4. 性別 Sex

5. 閣下是否病人慣常求診的醫生？Are you the patient's usual physician?
☐ 否 No ☐ 是 Yes（如「是」，醫療記錄可追溯至何時 if "Yes", medical records traceable from）

日 DD 月 MM 年 YYYY

B. 疾病或意外詳情 Illness or Accident Detail

1. 是次疾病或意外的首求診日期 Date of First Consultation for Illness or Accident 日 DD 月 MM 年 YYYY	2. 首次求診的病徵 Symptoms Presented at First Consultation	
3. 意外發生的日期 Date of Accident 日 DD 月 MM 年 YYYY	4. 病徵出現的日期 Date of Symptoms 日 DD 月 MM 年 YYYY	5. 診斷日期 Date of Diagnosis 日 DD 月 MM 年 YYYY
6. 診斷 Diagnosis	7. 該疾病或意外的根本原因 Underlying Cause of Patient's Illness or Accident	
8. 轉介醫生之姓名及地址 Name and address of physician who has referred this patient to you for this illness / condition	9. 其他重要發現 Other Significant Findings	

10. 疾病是否由下列原因引致？如「是」，請提供詳細說明
Are there any factors below contributing to this illness / condition? If "Yes", please provide details.

a. 以往的疾病或意外 Previous Illness or Injury ☐ 是 Yes ☐ 否 No
b. 愛滋病毒 HIV Related ☐ 是 Yes ☐ 否 No
c. 先天性疾病 Congenital Disease ☐ 是 Yes ☐ 否 No
d. 受酒精藥物影響 Influence of Alcohol, Drug or Intoxicant ☐ 是 Yes ☐ 否 No

C. 有關診治記錄 About Health History

1. 病人曾否患有相關疾病？如有，請提供下例資料。
   Has the patient previously suffered from this illness / condition or any related? If yes, please provide details below.

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			
日 DD 月 MM 年 YYYY			

2. 病人過往是否患有任何嚴重、慢性或先天性的疾病？如有，請提供詳細資料。
   Had the patient suffered from any other major, chronic or congenital diseases? If yes, please state details.

3. 病人過往是否患有其他疾病而並沒有於上述問題提及？如有，請提供詳細資料。
   Is there any information about the past health of the patient not mentioned in the above questions? If yes, please state the details.

4. 病人是否有以下習慣？如「是」，請提供年期及服用詳情
   Did the patient have any of the following habits? If "Yes", please state the duration and consumption details

a. 吸煙習慣 Smoking Habit	☐ 是 Yes ☐ 否 No	
b. 飲酒習慣 Drinking Habit	☐ 是 Yes ☐ 否 No	
c. 服食藥物習慣 Drugs Taking Habit	☐ 是 Yes ☐ 否 No	
d. 其他（請說明） Others (please specify)	☐ 是 Yes ☐ 否 No	

D. 病人現在情況 Current Condition of the Patient

1. 病人是否符合下列事項？如「是」，請提供詳細說明
   Does the patient meet the following requirements? If "Yes", please provide details.

   a. 雙眼完全且無法恢復的喪失視力
      The total and irrecoverable Loss of Sight of both eyes Dressing
      ☐ 是 Yes
      ☐ 否 No
      _____

   b. 兩肢永久癱瘓，或在兩肢在腕部或腳踝處或上方實際切斷
      The Permanent Paralysis of two limbs or actual severance at or above wrist or ankle of two limbs
      ☐ 是 Yes
      ☐ 否 No
      _____

   c. 一隻眼睛完全且無法恢復的喪失視力以及一肢永久癱瘓，或在腕部或腳踝處或上方實際切斷
      Total and irrecoverable Loss of Sight of one eye and either the Permanent Paralysis of one limb or actual severance at or above wrist or ankle
      ☐ 是 Yes
      ☐ 否 No
      _____

2. 如所有項目為「否」，請提供現時狀況
   If all answers are "No", please state the current condition

3. 最後一次求診日期
   Date of last consultation
   ____ ____ ____

E. 家庭健康資料 Family Health History

1. 病人的直系親屬中曾否患有類似的疾病？如有，請詳述與該親屬關係及疾病性質。
   Have any immediate family members of patient suffered from a similar or related illness? If yes, please state relationship of relative and nature of illness

註 ： 請附所有醫療報告副本
Note : Please attach copies of all medical reports

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)