YFLife
萬通保險

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:

e) 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) 病者是否有永久性神經系統功能缺陷? 請提供相關時期及詳情。

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:

YFLife
萬通保險

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) 有關之神經系統機能失調是否由以下情況造成?

☐ 因短暫性腦缺血引致的腦部症狀
☐ 因偏頭痛引致的腦部症狀
☐ 對眼或視神經或前庭系統功能造成影響的血管疾病

5) 病者有否患上任何與是次中風相關的疾病(如胸痛，高血壓等)？ 請提供詳情。

日期	診斷	醫生	治療

6) a) 病者最後求診日期：

b) 請提供病者於最後求診時之病情或病情進度：

7) 病者有否透露過往之健康狀況？如有，請詳列：

8) 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:_____