

| 1. 病人資料 Information of Patient  |                         |  |                       |                         |
|---|-------------------------|--|-----------------------|-------------------------|
| 保單編號<br>Policy No.  | 病人姓名<br>Name of Patient | 病人香港身份證 / 護照號碼<br>HKID / Passport No. of Patient | 出生日期<br>Date of Birth | 年齡 / 性別<br>Age / Gender |
| 2. 有關意外/疾病資料 About the Accident / Disease   |                         |  |                       |                         |
| 1. 若由意外導致, 請提供資料. If caused by Accident, Please provide details.  |                         |  |                       |                         |
| a) 意外發生日期 (日/月/年) Accident Date (dd/mm/yyyy)  |                         |  |                       |                         |
| b) 意外發生的原因 Cause of accident  |                         |  |                       |                         |
| c) 受傷部位及傷勢 Part of body injury and type of Injury   |                         |  |                       |                         |
| 2. 意外受傷是否由下列因下列情況而導致? Are any factors below contributing to the accidental injury?  |                         |  |                       |                         |
| 航空或空中活動 Aviation or aerial activities <input type="checkbox"/> 是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No 如是, 請提供詳情. If yes, please provide the details.   |                         |  |                       |                         |
| 自我傷害 Self-inflicted injury <input type="checkbox"/> 是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No   |                         |  |                       |                         |
| 過往的傷患 / 疾病 Past injury / illness <input type="checkbox"/> 是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No   |                         |  |                       |                         |
| 整形手術 Cosmetic surgery <input type="checkbox"/> 是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No  |                         |  |                       |                         |
| 受酒精藥物影響 Influence of Alcohol, Drug or Intoxicant <input type="checkbox"/> 是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No   |                         |  |                       |                         |
| 3. 如意外導致嚴重燒傷, 請說明燒傷級別(一級/二級/三級) 及所覆蓋的身體表面面積 (百分比)<br>If the accident caused <b>Serious Skin Burn</b> , please specify the severity level and the extent of the burns covering the body surface (in percentages) |                         |  |                       |                         |
| 4. 如意外導致骨折 / 甩臼 If the accident caused <b>Bone fracture</b> or <b>Dislocation of Joint</b>  |                         |  |                       |                         |
| a) 請說明骨折種類, 所涉部位及骨骼 Please specify the type of <b>Bone fracture</b> , fracture site and bones.  |                         |  |                       |                         |
| b) 請說明甩臼種類, 所涉部位及關節 Please specify the type of <b>Dislocation of joint</b> , dislocation site and joints.   |                         |  |                       |                         |

c) 請提供影像檢查日期及檢查結果。 Please provide the diagnostic imaging test date and result.

日期 Date                      測試種類 Type of Test                      結果 Results

d) 請提供已進行的手術或其他治療詳情。 Please provide details of the surgery / medical treatment performed.

日期 Date                      手術/治療種類 Type of Surgery / Medical Treatment

e) 按影像檢報告是次骨折是否被定義為下列的骨折類型？

Is the bone fracture classified as the following types of fracture according to the diagnostic imaging reports?

|       |                |                                |                               |   |
|-------|----------------|--------------------------------|-------------------------------|---|
| 疲勞性骨折 | Fatigue        | <input type="checkbox"/> 是 Yes | <input type="checkbox"/> 否 No | 如是，請提供詳情。 If yes, please provide the details. |
| 壓力性骨折 | Stress         | <input type="checkbox"/> 是 Yes | <input type="checkbox"/> 否 No |   |
| 骨裂    | Hairline       | <input type="checkbox"/> 是 Yes | <input type="checkbox"/> 否 No |   |
| 扯裂性骨折 | Avulsion/chips | <input type="checkbox"/> 是 Yes | <input type="checkbox"/> 否 No |   |
| 微骨折   | Microfractures | <input type="checkbox"/> 是 Yes | <input type="checkbox"/> 否 No |   |

f) 是次骨折是否由下列原因引致？ Any factors below contributing to the bone fracture?

|      |              |                                |                               |   |
|------|--------------|--------------------------------|-------------------------------|---|
| 骨質疏鬆 | Osteoporosis | <input type="checkbox"/> 是 Yes | <input type="checkbox"/> 否 No | 如是，請提供詳情。 If yes, please provide the details. |
| 骨軟化病 | Osteomalacia | <input type="checkbox"/> 是 Yes | <input type="checkbox"/> 否 No |   |
| 骨腫瘤  | Bone tumors  | <input type="checkbox"/> 是 Yes | <input type="checkbox"/> 否 No |   |

g) 病人以往是否曾在同一位置骨折/ 甩臼？如是，請提供詳情。

Does the patient have a prior fracture/ dislocation at the same site? If yes, please provide details.

否 No       是 Yes      治療日期及治療種類 Treatment Date & Type of Treatment

h) 是次甩臼是否由下列原因引致？ Any factors below contributing to the dislocation of joints?

|                              |  |                                |                               |   |
|------------------------------|--|--------------------------------|-------------------------------|---|
| 習慣性脫臼                        | Habitual dislocation   | <input type="checkbox"/> 是 Yes | <input type="checkbox"/> 否 No | 如是，請提供詳情。 If yes, please provide the details. |
| 病態性脫臼                        | Pathological dislocation:  | <input type="checkbox"/> 是 Yes | <input type="checkbox"/> 否 No |   |
| 關節結核病, 化膿性關節炎,<br>其他可破壞關節的疾病 | joint tuberculosis, suppurative<br>arthritis and other diseases that<br>destroy joints |                                |                               |   |

5. 如意外導致斷肢/視力喪失 If the accident caused **Loss of Limbs / Eye sight**

a) 請提供永久喪失或機能喪失詳情 Please provide details of the total and irrecoverable loss of or loss of use.

b) 請提供相關檢查日期及檢查結果。

日期 Date                      測試種類 Type of Test                      結果 Results

c) 請提供相關手術/治療日期及結果。

| <u>日期 / 時期</u><br><u>Date / Period</u> | <u>求診醫生 / 醫院名稱</u><br><u>Name of Physician / Hospital</u> | <u>手術 / 治療</u><br><u>Surgery / Treatment</u> | <u>治療情況及結果</u><br><u>Healing condition and Result</u> |
|--|---|--|---|
|--|---|--|---|

6. 如因為**傳染疾病**導致 If caused by **Infectious Disease**

a) 是次疾病的首次求診日期 Date of First Consultation for this disease

b) 最終診斷 及 診斷日期 Final Diagnosis and Date of Diagnosis

c) 請提供相關檢查日期及檢查結果。

日期 Date                      測試種類 Type of Test                      結果 Results

3. 病人現時的健康狀況 **Current Health Conditions of Patient**

1. 如意外導致**完全永久傷殘** If the accident caused **Total and Permanent Disability**

a) 病人是否永久、完全及不可復原的傷殘? Had the patient become permanently, totally and irrecoverably disabled?

否 No       是 Yes      如是，請提供詳情。 If Yes, please provide details

b) 病人是否完全因該意外而不能從事任何職業?

Has the patient totally unable to engage in ANY occupation due to the accident?

否 No  是 Yes 如是，請提供詳情。 If Yes, please provide details

由 (日 / 月 / 年)  
From (DD/MM/YYYY)  
至 (日 / 月 / 年)  
To (DD/MM/YYYY)

c) 如病人仍然完全傷殘，預計何時復職？(日 / 月 / 年)

If the patient is still totally disabled, when will you expect him/her return to work? (DD/MM/YYYY)

d) 病人能否在沒有幫助的情況下，完成下列日常活動？

Can the patient perform the right listed "Daily Activities" without assistance?

|   |                                    |  |
|---|------------------------------------|--|
| 轉移 (坐在椅子上及從椅子上起來)<br>Transfer (getting in and out of a chair)             | <input type="checkbox"/> 可以<br>can | <input type="checkbox"/> 不可以<br>cannot |
| 移動 (從一個房間移動到另一個房間的能力)<br>Mobility (the ability to move from room to room) | <input type="checkbox"/> 可以<br>can | <input type="checkbox"/> 不可以<br>cannot |
| 如廁<br>Toileting   | <input type="checkbox"/> 可以<br>can | <input type="checkbox"/> 不可以<br>cannot |
| 穿衣<br>Dressing  | <input type="checkbox"/> 可以<br>can | <input type="checkbox"/> 不可以<br>cannot |
| 沐浴和清洗<br>Bathing and washing  | <input type="checkbox"/> 可以<br>can | <input type="checkbox"/> 不可以<br>cannot |
| 進食<br>Eating  | <input type="checkbox"/> 可以<br>can | <input type="checkbox"/> 不可以<br>cannot |

e) 治療詳情 Treatment Details

| <u>日期 / 時期</u><br>Date / Period | <u>求診醫生 / 醫院名稱</u><br>Name of Physician / Hospital | <u>治療 Treatment</u> | <u>治療情況及結果</u><br>Healing condition and Result |
|---------------------------------|--|---------------------|--|
|---------------------------------|--|---------------------|--|

f) 康復進展 Progress of recovery

已完全康復 Recovered 附註 Remarks  
 康復中 Improving  
 情況穩定 Static  
 情況惡化 Retrogressed

**聲明及授權 Declaration & Authorisation**

本人謹此聲明曾為病人作出診治，以上報的各項資料及本人基於以上的情況而提供意見。本人謹此聲明及同意上一切陳述及問題的所有答案均為事實之全部並實無訛。

I HEREBY CERTIFY that I have personally examined and treated the Patient in connection to the above condition and that the facts as given above present my opinion of his / her condition. I declare and agree to make the declaration on this claim form.

醫生姓名  
Name of Physician : \_\_\_\_\_

醫生簽署  
Signature of Physician : \_\_\_\_\_

醫學資格  
Qualification : \_\_\_\_\_

專業資格  
Specialty : \_\_\_\_\_

聯絡電話  
Contact No. : \_\_\_\_\_

蓋章  
Official Stamp : \_\_\_\_\_

聯絡地址  
Mailing Address : \_\_\_\_\_

簽署日期  
Signature Date : \_\_\_\_\_