



保單號碼
Policy No.

第二部份 - 醫生診斷報告(索償人自費由主診醫生填寫)

PART II - ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT (to be completed by attending physician at claimant's expense)

1.	Name of Deceased 死者姓名	Age / Sex 年齡/性別	ID Card No. 證件號碼
2.	Date and Time of death 死亡日期和時間	☐ a.m. 上午	☐ p.m. 下午
	Cause of death 死亡原因	Place of death 死亡地點	
	Underlying diseases 潛在疾病		
	Complications 併發症		

3.	a. Date of your first consultation 首次求診日期	YYYY 年 / MM 月 / DD 日	Date when symptoms first appeared or accident happened 首次出現病徵或發生意外的日期	YYYY 年 / MM 月 / DD 日
b. What did the deceased first complain of in relation to the stated cause of death? 死者在最初自訴與死亡原因相關的情況是什麼?				
c. If the death was caused by an accident, was there evidence of an external and visible bruise or wound at first visit? ☐ Yes 是 ☐ No 否 Please describe which part of the body injured and the cause, character and extent of the injury. 如是意外死亡，首次診治時有否外部及表面之受傷痕跡？請詳述身體受傷部位和原因，以及受傷的特徵和程度。				
d. According to the deceased, has he/she been having same or similar conditions or symptoms before? If yes, please give details. ☐ Yes 是 ☐ No 否 按照死者情況，他/她過往是否有相同或類似的狀況或病徵？如是，請提供詳情。				
Date of occurrence 發生日期 (YY 年/MM 月/DD 日)	Exact Nature/Cause of Attack 性質/原因	Test/Treatment received 曾接受的檢查/治療	Duration of Disability 殘障持續時間	Physician Attended 主診醫生
e. In your opinion, has the deceased ever had same or similar conditions or symptoms before? If yes, please give details. ☐ Yes 是 ☐ No 否 根據閣下所知，該死者過往是否有相同或類似的狀況或病徵？如是，請提供詳情。				
f. Diagnosis 診斷	Underlying cause of diagnosis 病因		Date of diagnosis 確診日期	
			YYYY 年 / MM 月 / DD 日	

☐ Yes 是 ☐ No 否

(such as X-ray, CT scans, ultrasound or other imaging studies, ECG, etc.(如 X 光檢查, CT 掃描, 超聲波或其他影像學檢查, 心電圖等))

Date Performed 進行日期 (YY 年/MM 月/DD 日)	Details of Procedure/Treatment/Test (type, frequency, result/readings) 手術程序/治療/測試的詳情(類型, 次數, 結果/讀數)	Physician Attended / Hospital Confined 主診醫生/醫院

☐ Yes 是 ☐ No 否

請按日期順序列出死者到閣下的診所/醫院的日期和詳情。

Consultation Date 求診日期 (YY 年/MM 月/DD 日)	Complaints 主訴	Diagnosis 診斷	Treatment/Physiotherapy (Length of Course) 治療/物理治療(療程)

其他曾為死者就相同/相關疾病或任何其他嚴重疾病治療的醫生，請於下面提供詳情。

Consultation Date 求診日期 (YY 年/MM 月/DD 日)	Diagnosis (if any) 診斷(如有)	Name and Address of physicians/hospitals 醫生/醫院的姓名和地址

死者的死因是否由於下列情況所引致？請選擇並提供有關資料。

- | | |
|--|---|
| ☐ Past injury or illness 故有病史 | ☐ Mental or nervous disorder 精神或神經疾病 |
| ☐ Suicide or self-inflicted injury 自殺或
自致之傷害 | ☐ Congenital deformities or anomalies 先天性
畸形或異常 |
| ☐ Smoking 吸煙 | ☐ Childbirth or pregnancy 分娩或懷孕 |
| ☐ Alcohol or drugs 酒精或毒品 | ☐ Family Health History 家庭健康史 |
| ☐ HIV/AIDS related illness 愛滋病相關
的疾病 | ☐ Poisons, gas or fumes 吸入毒藥, 瓦斯或濃煙 |
| ☐ Others 其他 | |

本人特此聲明，本人以所知和所信地完成此表格，以及所提供的信息是真實的。

Signature and Chop of Attending Physician 主診醫生簽字和蓋章

Date (YY/MM/DD)
日期 (年/月/日)

Address 地址

Telephone No.電話號碼