



保單號碼：	被保險人：	身分證字號：
-------	-------	--------

本人申請 貴公司保險，補充說明如下：

1. 大約發生時間：_____年_____月，事故原因（請詳述）：_____。

(1) 醫生確診病名：_____（若不確知，請提供診斷證明書）；
就診、追蹤之醫院名稱及地點：_____。

(2) 是否有以下狀況(可複選)：
頭部外傷 顱內出血 腦震盪現象 骨折（部位：_____）。
其他(請說明)_____ 以上皆無。

(3) 當時有無昏迷或失去知覺？否 是，昏迷多久：_____。

2. 治療過程（可複選）

門診，_____次，自_____年_____月_____日至_____年_____月_____日。

住院，_____次，自_____年_____月_____日至_____年_____月_____日，共_____天。

手術治療，手術部位及名稱：_____，手術時間：_____年_____月。

服藥治療，藥物名稱：_____（若不確知，請提供藥袋或處方箋）。劑量：_____。
是否停藥：否 是，何時停藥？_____年_____月，原因：_____。

植入鋼釘或固定器：未取出 已取出，取出時間：_____年_____月。

就診期間曾接受何種相關檢驗項目及結果：_____。

其他，請說明治療方式及時間：_____。

3. 治療結果及目前狀況（可複選）

已痊癒不再門診追蹤，最近一次大概就診時間：_____年_____月。

定期門診：多久追蹤一次：_____，最後一次就診時間：_____年_____月。
追蹤檢查項目？_____，結果為何？_____。

仍需服藥治療：
長期服用
有需要時使用，藥物名稱：_____（若不確知，請提供藥袋或處方箋）。劑量：_____。

4. 受傷部位有任何機能喪失或缺損之情形：
否
是，請詳述其情形_____；
不需 需使用輔助器材（如輪椅、拐杖「單/雙側」或其他輔助工具）

5. 是否造成後遺症或併發症？
否
是，請說明如下(可複選)：
頭痛 暈眩 容易倦怠或嗜睡 部份記憶喪失 行動不便
其他，請詳述：_____。

要保人簽名：_____ 法定代理人簽名：_____

被保險人簽名：_____ 填寫日期：_____年_____月_____日