



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. 障礙部位為何(請詳述)：

2. 成因說明：

(1)當時症狀：_____。

(2)造成原因：_____。

(3)發現日期：_____年_____月_____日

3. 治療過程：

(1)就診科別：_____。

(2)檢查項目：_____。

(3)檢查結果：_____。

(4)診斷病名：_____。

(5)治療方式：_____。

(6)有無手術：無 有，手術名稱及時間：_____。

(7)藥物治療：無 有，藥物名稱及劑量：_____ (若不確知，請提供藥袋或處方簽)。

是否停藥：否 是，何時停藥？_____年_____月，原因：_____。

4. 癒後狀況

(1)是否仍需要進行後續回診追蹤？

否

是，頻率：_____，回診項目及結果？_____。

(2)最後一次回診時間：_____年_____月_____日

(3)是否造成後遺症或併發症？否 是，請詳述：_____。

(4)醫囑：

要保人簽名：_____ 法定代理人/監護人/輔助人簽名：_____

(未成年人、受有監護宣告或受輔助宣告尚未撤銷者，請法定代理人/監護人/輔助人簽名)

被保險人簽名：_____ 填寫日期：_____年_____月_____日