



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. 您是否曾接種 COVID-19 疫苗？  
 否  是，總共接種\_\_\_\_\_劑，最後一劑接種日：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日。
2. 您是否已檢測出冠狀病毒(SARS-CoV-2/COVID-19)呈陽性？(確診病例條件，依衛生福利部疾病管制署認定)  
 否，隔離完成日：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日  是，確診日：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日。
3. 隔離或病程中您是否曾出現或經歷過以下哪些症狀？  
 咳嗽  發燒  疲倦/疲勞  喉嚨痛  腹瀉  頭痛  呼吸急促  結膜炎  胸痛或壓力  
 失去味覺或嗅覺  關節疼痛或疼痛(肌痛)  皮疹或腳趾或手指變色  失去言語或行動  
 其他：\_\_\_\_\_  以上都無。
4. 您是否曾因感染冠狀病毒而住院？  
 否  是，\_\_\_\_\_天，自\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日。  
 您是否曾住進了重症監護病房(ICU)？  
 否  是，\_\_\_\_\_天，自\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日。
5. 治療方式？  
 無治療  氧氣罩  呼吸器(如正壓呼吸器 CPAP 等)  透析  
 藥物，請註明名稱和劑量：\_\_\_\_\_  手術，請說明手術類型：\_\_\_\_\_  
 其他，請說明：\_\_\_\_\_。
6. 您在隔離或感染冠狀病毒期間是否出現過以下併發症？  
 無  感染性休克  感官異常(如味覺、嗅覺喪失)  肺部(肺炎、栓塞、呼吸衰竭等)  
 心臟(心肌梗塞、心肌炎、急性或慢性心力衰竭等)  腎臟(腎功能衰竭等)  
 神經系統症狀(注意力不集中、記憶力減退、癲癇發作等)  其他：\_\_\_\_\_。
7. 您是否因隔離或感染冠狀病毒而出現任何心理健康問題，曾經或已預約赴醫檢查、住院或診療？  
 否  是，請說明： 焦慮  抑鬱症  情緒低落  精神病  其他：\_\_\_\_\_。
8. 您是否已從冠狀病毒感染中完全康復？  
 是  否，請說明：\_\_\_\_\_。  
 您是否完成了自我隔離並全職恢復工作或恢復了正常的日常活動？  
 是  否，請說明：\_\_\_\_\_。
9. 最近一次快篩/PCR 檢測日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日；結果：陰性 陽性。

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