

合作金庫人壽保險股份有限公司

傷害失能補充說明問卷

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

承蒙申請投保本公司保險，深表謝忱！惟對下列事項尚祈要、被保險人能再予補充說明，敬請填寫後回覆核保單位，謝謝您。

※請以正楷填寫，如有塗改請要被保險人於塗改處簽名確認。

1. (1)大約發生時間：_____年_____月，發生原因：☐疾病_____ ☐外傷_____。

(2)缺損或機能障礙部位(請詳述)：_____ (若不確知，請提供診斷證明)。

2. 治療過程及方式(可複選)：

☐門診。

☐藥物治療，使用藥物名稱/劑量/頻率：_____ (若不確知，請提供藥袋或處方箋)

是否停藥？☐否(☐長期服用☐有需要時使用) ☐是，大概停藥時間：_____年_____月。

☐住院，大概自_____年_____月_____日至_____年_____月_____日，共_____天。

☐手術治療，手術名稱/部位：_____，大概手術時間：_____年_____月。

☐其他(請詳述治療名稱及時間)：_____。

3. 治療結果及現況(可複選)：

☐已痊癒不須再後續追蹤，最近一次大概就診時間：_____年_____月。

☐需定期門診：多久追蹤一次：_____，最近一次大概就診時間：_____年_____月。

☐仍需藥物治療：☐長期服用 ☐有需要時使用，使用藥物名稱/劑量/頻率：_____

(若不確知，請提供藥袋或處方箋)。

☐仍需使用輔助器：☐支架 ☐輪椅 ☐鐵鞋 ☐義肢 ☐其他輔助器具：_____；

使用輔助器之部位(可複選)：☐左、右/上、下肢(請圈選) ☐雙上肢 ☐雙下肢 ☐其他_____。

☐其他(請說明)：_____。

4. 併發症或後遺症：

☐否。

☐是(可複選)：☐呼吸機能異常 ☐心臟機能異常 ☐泌尿系統機能異常 ☐骨盆變形

☐脊柱彎曲(請圈選 輕/中/重度) ☐胸廓變形

☐其他機能異常或喪失，請詳述：_____。

(若不確知，請提供就診病歷)。

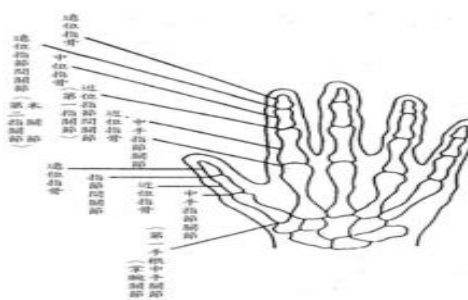
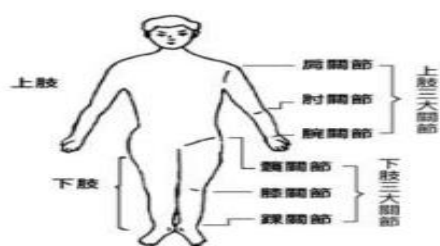


圖1 (上下肢關節名稱說明圖)：



要保人簽名：_____

填寫日期：民國_____年_____月_____日

被保險人簽名：_____

法定代理人簽名：_____

(要保人或被保險人為未滿七足歲或其他無行為能力人，由法定代理人代其簽名，及於法定代理人欄位簽名；要保人或被保險人為七歲(含)以上未成年人或其他限制行為能力人，由其本人簽名，及由法定代理人於法定代理人欄位簽名。)