

合作金庫人壽保險股份有限公司

新型冠狀病毒(COVID-19)確診或居家隔離者 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. 在過去 30 天內，您是否有與被確認或懷疑有新型冠狀病毒(COVID-19)者接觸？ ☐ 否 ☐ 是	
2. 在過去 30 天內，您是否由於新型冠狀病毒(COVID-19)症狀或其他任何原因，而進行自我隔離？ ☐ 否 ☐ 是，請說明原因：_____；開始自我隔離(self-isolation)日期_____。	
3. 你是否檢測到新型冠狀病毒(COVID-19)陽性？ ☐ 否 ☐ 是 ☐ 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)。	
4. 請說明檢測到新型冠狀病毒(COVID-19)「陽性」的日期_____年_____月_____日。	
5. 在過去 30 天內，您是否出現新的或無法解釋的持續咳嗽，高溫或發燒，呼吸困難或新型冠狀病毒(COVID-19)的任何其他症狀？ ☐ 否 ☐ 是，請說明症狀：_____。 【有確診或出現新的或無法解釋的持續咳嗽，高溫或發燒，呼吸困難或新型冠狀病毒(COVID-19)的任何其他症狀者，請續填第 6-9 題】	
6. 治療過程(可複選) ☐ 門診 ☐ 住院，大概自_____年_____月_____日至_____年_____月_____日，約共_____天。 ☐ 藥物控制，藥物名稱：_____ (若不確知請提供藥袋或處方箋)； ☐ 如已停藥，停藥時間約於_____年_____月_____日。 ☐ 手術治療，手術名稱/部位：_____，大概手術時間：_____年_____月_____。 ☐ 其他(請說明治療名稱及時間)：_____。	
7. 治療結果及目前狀況： ☐ 已痊癒不再門診追蹤，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)。 ☐ 最近一次接受檢查項目(可複選)及結果：_____ (若不確知，請提供檢驗報告) ☐ 其他(請說明)：_____。	
8. 請說明檢測到新型冠狀病毒(COVID-19)為「陰性」的日期：_____年_____月_____日。	
9. 併發症或後遺症： ☐ 否，無併發症或後遺症。 ☐ 是，請說明症狀：_____。醫師建議治療方式：_____。	
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。)	