

合作金庫人壽保險股份有限公司

傷殘補充說明問卷

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)就診醫院名稱: _____殘缺或障礙部位(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 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):

不須再門診追蹤,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)。

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)。

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: _____ (要保人或被保險人未滿 20 足歲且未婚者,請法定代理人加簽)