嚴重疾病及傷殘保障索償申請書資料補充第一部份 — 癌症

本報告必須由病者之主診醫生填寫。天譽國際財富管理有限公司不會負責填寫此報告之費用。

保單號碼 :　　病人姓名 :

病人身份證號碼 :　　病人年齡 :

---

1) 有否給予患者進行任何診斷測試或病理化驗？(請提供有關病理化驗報告副本)?

日期	診斷測試或病理化驗	診斷結果

2) 患者以往有否同類或類似病因發生？如有，請提供該病之診証日期及正確斷症。

日期	診斷測試	治療/結果

3) 患者曾否就有關疾病或其他疾病求診其他醫生或住院？若有，請詳列：

日期	診斷	醫師/醫院名稱

4) 病患之嚴重性：

a) 組織化驗報告是否證實此腫瘤為惡性，並不受控制地生長及擴散，並侵入身體的機能組織？

b) 腫瘤存在的位置及/或器官?

c) 請列出病者之癌症之級別及分類：

d) 癌細胞是否已侵入其他器官/組織？如是，請提供詳情：

e) 癌細胞是否侵入淋巴系統？請列出詳情：

f) 病患之進展如何？病者會否接受什麼治療？

g) 病者是否需接受手術？

嚴重疾病及傷殘保障索償申請書資料補充第二部份 — 癌症

病者姓名 ：_____ 身份證號碼 ：_____

5) 患者有無任何先天性 / 慢性 / 嚴重疾病？

6) 與患者最後之診斷或見面日期及患者當時之健康狀況，請詳列。

7) 其他補充：

本人現聲明本人曾提供治療予上述病者，就本人所知所信，上述的資料均為事實之全部，並確實無訛。

醫生簽署：_____ 專業資格:_____ 日期：_____

醫生姓名：_____ 醫院/醫生蓋印：_____ 聯絡電話:_____