

CONFIDENTIAL MEDICAL CERTIFICATE 醫生報告

CRITICAL ILLNESS – Stroke

危疾 – 中風

PART II - To be completed by doctor at the expenses of the Insured/ Claimant

第二部份（由主診醫生填寫，所需費用由受保人或申請人承擔。）

Policy No.

保單號碼

Name of Insured

受保人姓名

HKID Card No.

身分證號碼

General Information 一般資料

1. Are you the Insured's usual medical physician?

閣下是否受保人慣常求診之醫生？

☐

Yes 是

☐

No 否

If "yes", when did the Insured first consult you?

如“是”，請問受保人首次向閣下求診之日期？

Day 日

Month 月

Year 年

2. When were you first consulted for this illness?

受保人首次就有關疾病向閣下求診之日期？

Day 日

Month 月

Year 年

What were the symptoms?

受保人之病徵

How long had the symptoms been present?

該病徵約存在了多久？

3. Has the Insured previously suffered from this illness or

any related conditions?

受保人是否有同類之病史？

☐

Yes 是

☐

No 否

If "yes", please give the resulting diagnosis and dates of consultations

如“是”，請提供詳細診斷結果及求診日期。

The resulting diagnosis 詳細診斷結果

Day 日

Month 月

Year 年

4. On which date was the diagnosis made?

有關疾病是何時首次確診？

Day 日

Month 月

Year 年

On which date was the Insured first made aware of it?

受保人何時首次知悉有關疾病之診斷？

Day 日

Month 月

Year 年

5. Is there anything in the Insured's family history which

would have increased the risk of this illness?

受保人之家族病史是否增加受保人患上此病之機會？

☐

Yes 是

☐

No 否

If yes, please provide details.

如有，請提供詳情。

6. Is the Insured a smoker? 受保人是否吸煙人仕？ If "Yes", what is his/her smoking habit? 如“是”，他/她的吸煙習慣為何？	<input type="radio"/> Yes 是 <input type="radio"/> No 否 Daily smoking amount 每日吸煙數量: _____ for how many years? 吸食年數: _____
7. Does the Insured have alcohol drinking habit? 受保人是否有飲酒習慣？ If "Yes", what is his/her drinking habit? 如“是”，他/她的飲酒習慣為何？	<input type="radio"/> Yes 是 <input type="radio"/> No 否 Daily alcohol consumption 每日飲酒數量: _____ for how many years? 飲酒年數: _____
8. Does the Insured have any drug addiction? 受保人是否藥物成癮？ If "Yes", what is his/her drug addition? 如“是”，他/她的用藥習慣為何？	<input type="radio"/> Yes 是 <input type="radio"/> No 否 Name and type of drug 藥物品種及名稱: _____ for how many years? 服食藥物年數: _____

OTHER/ADDITIONAL INFORMATION 其他/附加資料

1. Please provide names, addresses and dates of doctors and hospitals which the Insured was referred and/or admitted to. 請提供受保人曾經就診之所有醫生姓名或醫院名稱及地址。

Name(s) 醫生姓名	Name of Hospital (s) 醫院名稱	Address 地址

DETAILS OF THE INSURED'S ILLNESS 受保人病況之詳情

1. Please provide full and exact details of the diagnosis. 請提供受保人之所有診斷結果與詳情。 If the diagnosis is Stroke, 若診斷為中風, (a) Is it based on changes seen in a CT or MRI? 是否基於 CT 或 MRI 顯示之身體變化？ (b) is it confirmed by a neurologist? 是否經腦神經專科醫生確認？ Please give the Name and Address of the Neurologist confirming the diagnosis if it is not the undersigned 若非由填寫此表格之醫生確認診斷，請提供確診之專科醫 生之姓名及地址。	<input type="radio"/> Yes 是 <input type="radio"/> No 否 <input type="radio"/> Yes 是 <input type="radio"/> No 否 Name 姓名 _____ Address 地址 _____
2. The exact cause of the incident (e.g. infarction of brain tissue, haemorrhage cerebral embolism, etc.) 事故之因由（如因腦組織梗塞、腦出血、血栓等原因引 致）。 Is the cerebral symptoms due to the following? 腦部症狀是否下列原因引致？ i. transient ischaemic attacks 短暫性腦缺血	<input type="radio"/> Yes 是 <input type="radio"/> No 否

ii. migraine 偏頭痛	<input type="radio"/> Yes 是 <input type="radio"/> No 否																										
iii. vascular disease affecting the eye or optic nerve or vestibular functions 眼或視神經或前庭系統功能造成影響的血管疾病	<input type="radio"/> Yes 是 <input type="radio"/> No 否																										
3. Details of diagnostic procedures performed and the results (e.g. MRI, CT Scan, Angiography, etc.) 診斷詳情及結果（如磁力共振、電腦掃描、血管造影術等）。																											
Please enclose copies of all reports including radiological procedures, MRI, CT scanning, laboratory evidence, other imaging studies, laboratory evidence, other imaging procedures, etc. and any relevant hospital reports that are available. 請提供所有診斷報告，如X光檢查、電腦掃描、超聲波、化驗報告及其他圖象報告等，或任何有關的醫院報告。																											
4. Details of medical treatment rendered. 請列出受保人曾接受之治療詳情。																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Date(s) 日期</th> <th>Treatment 治療項目</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <table border="1"> <tr> <td>Day 日</td> <td>Month 月</td> <td>Year 年</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> <table border="1"> <tr> <td>Day 日</td> <td>Month 月</td> <td>Year 年</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> <table border="1"> <tr> <td>Day 日</td> <td>Month 月</td> <td>Year 年</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> </td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Date(s) 日期	Treatment 治療項目	<table border="1"> <tr> <td>Day 日</td> <td>Month 月</td> <td>Year 年</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	Day 日	Month 月	Year 年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<table border="1"> <tr> <td>Day 日</td> <td>Month 月</td> <td>Year 年</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	Day 日	Month 月	Year 年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<table border="1"> <tr> <td>Day 日</td> <td>Month 月</td> <td>Year 年</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	Day 日	Month 月	Year 年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Date(s) 日期	Treatment 治療項目																										
<table border="1"> <tr> <td>Day 日</td> <td>Month 月</td> <td>Year 年</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	Day 日	Month 月	Year 年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
Day 日	Month 月	Year 年																									
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																									
<table border="1"> <tr> <td>Day 日</td> <td>Month 月</td> <td>Year 年</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	Day 日	Month 月	Year 年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
Day 日	Month 月	Year 年																									
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																									
<table border="1"> <tr> <td>Day 日</td> <td>Month 月</td> <td>Year 年</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	Day 日	Month 月	Year 年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
Day 日	Month 月	Year 年																									
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																									
5. Is there any neurological sequelae resulted from the stroke? 此次中風有沒有引發神經後遺症？	<input type="radio"/> Yes 有 <input type="radio"/> No 沒有																										
If "yes", please state the details of neurological sequelae: 如"有"，請提供有關神經後遺症之詳情：																											
How long has the neurological sequelae lasted from the date of onset? 有關之神經後遺症由病發起持續了多久？																											
Please provide your professional comment on whether such neurological sequelae is reversible or going to result in permanent neurological deficits? 請評估上述的神經後遺症是否可復原或會成為永久性的神經機能缺損？																											
6. Are there any predisposing factors leading to the Insured's stroke (e.g. hypertension, heart diseases or diabetes mellitus, etc.). If so, please give details and history of such. 是否有其它傾向性因素導致受保人中風（如高血壓，心臟病或糖尿病等）？如有，請提供該等因素之詳情及病史。																											
7. Please state if the Insured has suffered/been treated for any other major illness(es) in the past. 請列明受保人曾患上或接受治療的其他主要疾病。																											
8. Is there any further information, which in your opinion will assist us in assessing this claim? 請提供其他有助審核本索償個案之資料。																											

I / We declare that all information given is accurate and true to the best of my/ our knowledge and belief.

本人／我們聲明本人／我們於索償申請書中的每一項答案為所知及所信之事實及其全部。

Personal Data Collection and Use 個人資料收集及使用

Please read our Company's Personal Information Collection Statement ("PICS") before you sign this Certificate. The latest version of PICS is made available at <https://odhk.blob.core.windows.net/common/Personal-Information-Collection-Statement.pdf>

在簽署此醫生報告前，請先閱讀本公司的個人資料收集聲明。本公司最新版本的個人資料收集聲明可於此下載：

<https://odhk.blob.core.windows.net/common/Personal-Information-Collection-Statement.pdf>。

All the personal data and information contained in this Confidential Medical Certificate will be used by us for the processing of the Insured's claim(s) and will be utilized in accordance with our PICS. By asking you to fill in this Certificate, the Insured/Policyholder has given you express consent to release his/her personal data and other information to our Company.

所有個人及其他透過此醫生報告收集所得的資料將會被我們用於處理受保人之索償申請，而我們亦可根據個人資料收集聲明使用該些資料。受保人/保單持有人以向閣下要求填寫此醫生報告，表示受保人/保單持有人已授權閣下於此報告透露他/她的個人資料及其他資料予本公司。

Signature and official chop 簽署及蓋印

Day 日 Month 月 Year 年

Date signed 簽署日期

Name of doctor and qualification 醫生姓名及醫學資格

Address 地址

Telephone number 聯絡電話