



Application/Policy Number:

“本公司”或“貴公司”：
 安盛保險(百慕達)有限公司
 (於百慕達註冊成立的有限公司) /
 安盛金融有限公司 /
 安盛財富管理(香港)有限公司

長期護理 – 專科索償申請表

重要事項：

閣下的病人為本公司的被保人而他 / 她的健康出現了某種狀況。請閣下詳細填寫此申請表並盡可能提供一切有關資料，以便本公司審核此索償。閣下的協助可使本公司加快索償安排。必須由主診醫生填寫，費用由索償人支付。

1. 病人資料

病人姓名(被保人)				
香港身份證 / 護照號碼				
病人是否有以下習慣？ 如「是」，請列明持續時間和用量。	<input type="checkbox"/> 是	吸煙	服食藥物	飲酒
		持續時間	_____	_____
		每天用量	_____	_____
	<input type="checkbox"/> 否			
病人是否慣用左手？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否		

2. 有關是次疾病 / 受傷

首次看診日期	日 _____ 月 _____ 年 _____
醫生姓名	
首次看診時出現的病徵	
這些病徵在首次看診前持續時間	
診斷 (請提供確定該診斷的檢查結果)	
國際疾病分類編號 (ICD-10)	
轉介這病人的醫生姓名和地址	
醫生姓名和通訊地址	

3. 有關住院資料

如病人在接受現時的護理前曾住院，請提供以下資料：

醫院名稱			
入院日期	日 ____ 月 ____ 年 ____	出院日期	日 ____ 月 ____ 年 ____
出院時的診斷			
有做手術嗎？ 如「有」，請提供手術日期	<input type="checkbox"/> 有	手術日期	日 ____ 月 ____ 年 ____
	<input type="checkbox"/> 沒有		
手術名稱			
有否接受手術以外的治療？ 如「有」，請提供治療的名稱和日期	<input type="checkbox"/> 有	治療名稱	
		日期	日 ____ 月 ____ 年 ____
	<input type="checkbox"/> 沒有		
出院撮要 (包括診斷檢查和結果、過程、治療、手術、有關治療成效及 / 或任何併發症和跟進計劃)			

4. 有關疾病 / 受傷的資料

疾病 / 意外發生日期	日 ____ 月 ____ 年 ____
疾病 / 受傷原因 請註明以下是否與是次疾病 / 受傷有關。如有，請提供資料：	
自我傷害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有
受酒精或精神藥物影響	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有
高危活動	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有
愛滋病或其他性病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有
職業	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有
心理因素	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有
如有，請提供資料：	
如因意外而傷殘，請提供意外日期 日 ____ 月 ____ 年 ____ 及隨附意外報告副本。	
如沒有報告，請描述：	
(a) 意外性質	
(b) 受傷程度	

5. 有關診治記錄

病人曾否患有相關疾病或受傷？ 如「有」，請提供就診日期， 有關資料及診斷	
病人曾否患有其他嚴重疾病 / 傷殘？ 如「有」，請提供資料	

6. 日常生活活動

請選擇最接近保單持有人 / 申請人能力的方格。

喪失該能力的日期	日 ____ 月 ____ 年 ____
沐浴 - 清洗自身所有身體部位的能力	<input type="checkbox"/> 是
	<input type="checkbox"/> 否 活動受限程度： <input type="checkbox"/> 獨立 - 不需要協助 <input type="checkbox"/> 偶爾需要協助或監察 (例如清潔背部、頭髮) <input type="checkbox"/> 大部分時間都需要協助 <input type="checkbox"/> 完全無法自行完成 (全程需由照顧者清潔)
穿衣 - 穿戴、脫下、固定和解開所有衣著及 (如適用) 任何支架、義肢或其他手術或醫療器具的能力	<input type="checkbox"/> 是
	<input type="checkbox"/> 否 活動受限程度： <input type="checkbox"/> 獨立 - 不需要協助 <input type="checkbox"/> 偶爾需要協助或監察 (例如扣上衣服、穿上褲子) <input type="checkbox"/> 大部分時間都需要協助 <input type="checkbox"/> 完全無法自行完成 (全程需由照顧者換 / 穿衣服)
進食 - 在食物準備好及被提供後，自己進食的能力	<input type="checkbox"/> 是
	<input type="checkbox"/> 否 活動受限程度： <input type="checkbox"/> 獨立 - 不需要協助 <input type="checkbox"/> 偶爾需要協助或監察 (例如用勺子盛出食物，把食物放進口裡) <input type="checkbox"/> 大部分時間都需要協助 <input type="checkbox"/> 完全無法自行完成 (全程需由照顧者餵食或以胃管餵食)
如廁或控制大小便 - 使用洗手間或 (如適用) 通過使用保護性內衣或外科器具控制腸道和膀胱功能的能力	<input type="checkbox"/> 是
	<input type="checkbox"/> 否 活動受限程度： <input type="checkbox"/> 獨立 - 不需要協助 <input type="checkbox"/> 偶爾需要協助或監察 (例如坐上或離開座廁) <input type="checkbox"/> 大部分時間都需要協助 <input type="checkbox"/> 完全無法自行完成 (需要由照顧者移動到座廁上及進行清潔)
轉移 - 從臥床移動到椅子或輪椅上的能力 (反之亦然)	<input type="checkbox"/> 是
	<input type="checkbox"/> 否 活動受限程度： <input type="checkbox"/> 獨立 - 不需要協助 <input type="checkbox"/> 偶爾需要協助或監察 (例如移動到或離開座椅 / 睡床) <input type="checkbox"/> 大部分時間都需要協助 <input type="checkbox"/> 完全無法自行完成 (需要由照顧者移動到座椅 / 睡床)
移動 - 平面上從室內的一間房間移動到另一間房間的能力	<input type="checkbox"/> 是
	<input type="checkbox"/> 否 活動受限程度： <input type="checkbox"/> 獨立 - 不需要協助 <input type="checkbox"/> 偶爾需要協助或監察 <input type="checkbox"/> 大部分時間都需要協助 <input type="checkbox"/> 完全無法自行完成

7. 認知障礙

最近進行簡短智能測驗的日期	日 ____ 月 ____ 年 ____
評分	
請選擇最接近病人現時的認知障礙狀況的選項	<input type="checkbox"/> 病人有輕度至中度認知障礙 <input type="checkbox"/> 病人有嚴重認知障礙
如閣下對病人的認知狀況有其他補充資料，請提供詳情	

8. 有關正在接受的護理資料

如病人因需要接受監察而入住護理機構，請提供以下資料：

護理機構名稱	
病人現正接受以下護理服務	<input type="checkbox"/> 護養院 <input type="checkbox"/> 頤養院 <input type="checkbox"/> 居家護理 <input type="checkbox"/> 獨立生活 <input type="checkbox"/> 短期護理 <input type="checkbox"/> 其他 (請註明): _____
入住日期	日 ____ 月 ____ 年 _____
正接受的護理支援類別	
開始接受護理支援的日期	日 ____ 月 ____ 年 _____
哪些臨床證據或診斷測試結果支持閣下的決定？	
現時處方甚麼藥物？	
出院日期 (如適用)	日 ____ 月 ____ 年 _____
預計停止接受服務 (如非出院) 日期	日 ____ 月 ____ 年 _____
護理機構開始提供長期護理服務的日期	日 ____ 月 ____ 年 _____
病人是否因認知障礙而需要持續受到監察？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

如閣下已制定一項護理計劃，請提供以下資料：

建議的護理類別	
目的	
護理機構名稱及電話號碼	
每週次數	
持續時間	
護理撮要 (包括計劃 / 建議 / 檢查及 / 或任何併發症和跟進計劃)	

9. 其他資料 (如有)

本人謹此聲明曾為病人作出診治，以上填報的各項資料乃本人基於以上的情況而提供意見。本人謹此聲明及同意上述一切陳述及問題的所有答案均為事實之全部並確實無訛。

醫生姓名 / 聯絡電話 / 郵寄地址	
醫學資格 / 專業資格	
醫生簽署	簽署日期 (日 / 月 / 年)