新冠肺炎問卷

1A10

被保險人姓名：_____　　保單號碼：_____

業務代表姓名：_____　　填寫日期：_____

◎因　台端告知投保前罹患新冠肺炎病症，為審慎評估可保性及提供適合之承保條件，敬請說明以下後寄回核保單位，謝謝您。

1.您何時確診感染新冠肺炎？_____年_____月_____日。

2.您是以何種檢驗方式被確診(可複選)？

☐ PCR 檢測　☐ 抗體測試(快篩)　☐ 其他_____。

3.您在罹患新冠肺炎後的醫療處置為何(可複選)？

☐ 居家照護　☐ 加強檢疫所收治　☐ 住院治療　☐ 其他_____。

4.上述醫療處置期間為何?

開始日期：_____年_____月_____日；結束日期：_____年_____月_____日。

5.您所接受的治療方式為何(可複選)？

☐ 僅觀察居隔　☐使用症狀緩解用藥　☐使用抗病毒藥物　☐使用呼吸器來幫助呼吸

☐ 入住加護病房 (ICU)

6.您目前身體狀況如何(請勾選所有適用的)？

☐ 沒有症狀　☐ 疲勞或體力喪失　☐ 注意力不集中　☐ 發燒　☐ 咳嗽

☐ 身體疼痛　☐ 頭痛　☐ 呼吸急促　☐情緒低落

☐ 併發其他疾病或有臟器的傷害，請說明_____。

7.您最後快篩陰性的日期：_____年_____月_____日。

8.如有工作，您是否已重返工作崗位且正常作息？

☐ 是　☐ 否，請說明原因：_____。

◎本人謹此聲明上述回答屬實，特此聲明。

要保人簽名：_____　被保險人簽名：_____　法定代理人簽名：_____

業務代表／
執業經紀人(代理人)簽名：_____

111.05 版