

# MEDICAL FILE

## QUESTIONNAIRE MEDICAL

### 医疗问卷

**TO BE COMPLETED BY THE POLICY HOLDER / À REMPLIR PAR L'ASSURÉ / 由投保人填写**

First and Last Name / Nom et prénom / 姓名 : .....

Contract number / N° d'adhésion / 保险合同号 : .....

Date of Birth / Date de naissance / 出生日期(日-月-年) : ..... / ..... / .....

**TO BE COMPLETED BY THE DOCTOR / À REMPLIR PAR LE MÉDECIN / 有医生填写**

What ailment exactly does your patient suffer from? / De quelle pathologie souffre le patient? / 你的病人遭受到什么疾病?

If any, state the cause / S'il y en a une, précisez la cause / 如果有,说明原因 :

Date of the discovery of the illness / Date d'apparition de la pathologie / 发现疾病的日期(日-月-年)?  
..... / ..... / .....

Is this the first episode? / S'agit-il de la première manifestation de la pathologie? / 是否首次出现该疾病?

How long has the patient suffered from this? / Depuis combien de temps le patient souffre t-il? / 病人患此病的时间有多长?

Are there any associated pathologies? / Existe t-il des pathologies associées? / 是否有任何相关病理?

Are there any related pre-existing pathologies? / Existe t-il des pathologies pré-existantes? / 是否有任何相关的预先存在的病理?

**DOCTOR'S SIGNATURE /  
SIGNATURE DU MÉDECIN /  
医生签字 :**

Date / 日期 :

# MEDICAL FILE

## QUESTIONNAIRE MEDICAL

### 醫療問卷

#### TO BE COMPLETED BY THE POLICY HOLDER / À REMPLIR PAR L'ASSURÉ / 由被保人填寫

First and Last Name / Nom et prénom / 姓名 : .....

Contract number / N° d'adhésion / 保單號碼 : .....

Date of Birth / Date de naissance / 出生日期(日-月-年) : ..... / ..... / .....

#### TO BE COMPLETED BY THE DOCTOR / À REMPLIR PAR LE MÉDECIN / 由醫生填寫

What ailment exactly does your patient suffer from? / De quelle pathologie souffre le patient? / 你的病人遭受到什麼疾病?

If any, state the cause / S'il y en a une, précisez la cause / 如果有, 說明原因 :

Date of the discovery of the illness / Date d'apparition de la pathologie / 發現疾病的日期(日-月-年) ?  
..... / ..... / .....

Is this the first episode? / S'agit-il de la première manifestation de la pathologie ? / 是否首次出現該疾病?

How long has the patient suffered from this? / Depuis combien de temps le patient souffre t-il ? / 病人患此病的時間有多長?

Are there any associated pathologies? / Existe t-il des pathologies associées ? / 是否有任何相關病理?

Are there any related pre-existing pathologies? / Existe t-il des pathologies pré-existantes ? / 是否有任何相關的預先存在的病理?

**DOCTOR'S SIGNATURE /  
SIGNATURE DU MÉDECIN /  
醫生簽署 :**

Date / 日期 :