



醫生證明書 (私人及機密)

醫生證明書必須由投保人之醫生填寫。

茲證明 \_\_\_\_\_ (病人姓名)

於 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日受傷。

傷患: \_\_\_\_\_

如他/她的傷情複雜是由其他因素引致，請詳細列明。

\_\_\_\_\_

他/她暫時性地  完全 喪失工作能力，直至 \_\_\_\_\_

部分

日期 \_\_\_\_\_

醫生簽署及認可資格蓋章 \_\_\_\_\_