



### 死亡赔偿申请表（申请人书）

每位索赔人须单独填写一份死亡赔偿申请表

投保人 / 受保雇员 / 成员姓名	<input type="text"/>	身份证 / 护照号码	<input type="text" value="XXXX"/>
个人寿险保单号码	<input type="text"/>		
团体保单号码	<input type="text"/>		
团体保单受证书 / 雇员编号 / 赔偿申请人成员号码 (医疗卡上显示的十位数字) <b>(必须填写)</b>	<input type="text"/>	雇主 / 团体保单投保公司名称	<input type="text"/>
区域编号	营业员组别 / 经纪名称	营业员号码 / 经纪号码	营业代表会员号码
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> IA <input style="width:50px; height:20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
营业员组别编号	营业员 / 业务代表姓名	营业员 / 业务代表联系电话	<input type="checkbox"/> ANG <input style="width:50px; height:20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<p>如受保人同时受保于友邦及友邦隼峰人寿有限公司的保单，相关赔偿将会一并处理。</p> <input type="checkbox"/> 如果您不同意上述安排，请在空格内划上「X」号。			
<p>为了妥善跟进您的赔偿进度，若未在以上提供指定营业员 / 保险或理财顾问 / 业务代表资料，最新生效保单的友邦财务规划顾问 / 保险或理财顾问将能查阅本次申请资料。</p> <input type="checkbox"/> 如果您不同意上述安排，请在空格内划上「X」号。			
<b>(I) 死者资料</b>			
1. 出生日期	<input style="width:30px; height:20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 月 <input style="width:30px; height:20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 日 <input style="width:40px; height:20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 年	2. 最后工作日期	<input style="width:30px; height:20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 月 <input style="width:30px; height:20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 日 <input style="width:40px; height:20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 年
3. 死亡日期	<input style="width:30px; height:20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 月 <input style="width:30px; height:20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 日 <input style="width:40px; height:20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 年	死亡时间	<input style="width:100px; height:30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午
4. 死亡地点	<input style="width:250px; height:40px; border: 1px solid black;" type="text"/>	5. 死亡原因	<input style="width:250px; height:40px; border: 1px solid black;" type="text"/>
<b>若死亡原因为意外导致，须填写第6至8项。</b>			
6. 意外日期	<input style="width:30px; height:20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 月 <input style="width:30px; height:20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 日 <input style="width:40px; height:20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 年	意外时间	<input style="width:100px; height:30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午
7. 意外地点	<input style="width:680px; height:40px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
8. 意外详情	<input style="width:680px; height:40px; border: 1px solid black;" type="text"/>		



03362110

**若仅申请身故恩恤赔偿，索赔人无须填写第9至15项。**

9. 死者何时首次发觉末次病患的病征？	10. 死者何时首次因末次病患就诊？
---------------------	--------------------

11. 作出诊断的医生 / 机构名称及地址	
-----------------------	--

12. 所有曾为死者诊治末次及其他过往病患的医生 / 机构名称及地址		
医生 / 机构名称及地址	诊治日期 (月 / 日 / 年)	病患

13. 如死者曾拥有其他保险公司的人寿保障 (除友邦外)，请提供以下资料。			
公司名称	保单号码	保单开始日期 (月 / 日 / 年)	保额

14. 死者是否吸烟人士？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	15. 若为吸烟人士，吸烟习惯为何？
	每天吸烟量： <input style="width: 100px;" type="text"/>
	吸烟年数： <input style="width: 100px;" type="text"/>

**(II) 索赔人资料**

全名	身份证 / 护照号码
----	------------

出生日期 <input style="width: 30px;" type="text"/> / <input style="width: 30px;" type="text"/> / <input style="width: 60px;" type="text"/> 月      日      年	国籍 <small>美国公民或居民请填写美国社会保障号码</small>
--	---

现时永久地址	
--------	--

现时居住地址	
--------	--

本地电话号码 <input type="checkbox"/> 香港电话号码 <input type="checkbox"/> 澳门电话号码	
(852) - _____	(853) - _____

美国电话号码 (如适用)	(    1    ) - (       ) - _____ <small>国家代码      地区代码</small>
--------------	--

其他国家电话号码 (如适用)	(       ) - (       ) - _____ <small>国家代码      地区代码</small>
----------------	--

现职 / 行业	
---------	--





受保人姓名：\_\_\_\_\_ 受保人身份证 / 护照号码：\_\_\_\_\_

**声明及授权.**

本人 / 我们现声明此申请书上所填资料皆为本人所知及所信之事实及其全部。

本人 / 我们现谨以此申请书向友邦申请赔偿，并同意所有曾替受保人诊治之医生所发出的报告及所有与此申请赔偿相关的文件或证明，皆构成此死亡赔偿申请之一份。又同意友邦提供此申请书或其附属表格，并不构成已接纳所申请赔偿之保障为有效或放弃任何对此宗个案抗辩之权利。

索赔人签署	
姓名	
身份证 / 护照号码	
与死者关系	<input type="checkbox"/> 受益人 <input type="checkbox"/> 监护人 / 父母 <input type="checkbox"/> 其他 (请注明) : _____
日期	<input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年

**重要提示**

- (a) 为加快您的索赔申请，请将所需索赔文件与本申请表一并提交。您可在我们的官网 (<http://www.aia.com.hk> > 客户支持 > 医疗保健和索偿 > 如何索偿) 查阅所需文件清单。  
若我们需要向您或其他人士索取额外资料以审核您的索赔，我们会通知您或友邦财务策划顾问 / 您的保险顾问 / 投资顾问。由于获取相关资料所需时间不定，您的索赔申请处理时间可能会延长。
- (b) 如需申请其他赔偿类别，您须另行填写并提交相应的索赔申请表及所需证明文件。
- (c) 请将您的索赔申请交予友邦财务策划顾问 / 您的保险顾问 / 投资顾问，或邮寄至以下地址：
  - 香港：友邦客户服务中心，香港北角电气道183号友邦广场12楼
  - 澳门：友邦客户服务中心，澳门商业大马路251A-301号友邦广场2楼201室



下载 AIA+ 手机应用程序以便轻松管理您的保单！

「AIA」或「友邦」指友邦保险(国际)有限公司 (于百慕达注册成立之有限公司)，友邦保险有限公司 (于香港注册成立之有限公司) (视情况而定)，具体取决于此信件相关表格的签发公司。

**(IV) 营业员声明 (如适用)**

**声明**

本人现确认连同本申请表一并提交的文件副本 (在下方空格划上「X」号标示) 内容与正本文件相同。

- 香港生死登记处签发的死亡登记证书
- 死者香港身份证
- 香港人事登记处签发的死者香港身份证注销证明
- 香港特区高等法院授予的遗产管理书 / 遗嘱认证书 (请圈出适用选项)
- 香港特区监护委员会或高等法院授予的监护令
- 其他 (请注明): \_\_\_\_\_

营业员签署												
姓名												
营业员号码												
日期	<table style="margin: auto; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></td> <td style="padding: 0 10px;">月</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></td> <td style="padding: 0 10px;">日</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></td> <td style="padding: 0 10px;">年</td> </tr> </table>			月			日					年
		月			日					年		