



完全及永久丧失工作能力赔偿申请表

保单号码	受保人姓名	身份证 / 护照号码
		XXXX
区域编号	营业员组别 / 经纪名称	营业员号码 / 经纪号码
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
业务代表会员号码 ☐ IA ☐ ANG		

为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，您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。

☐ 如果您不同意上述安排，请在空格内划上「X」号。

第一部份（由受保人或申请人填写）

这次是： ☐ 首次索赔 ☐ 再次索赔 ☐ 重批 / 覆核

☐ 本次索赔申请应用于本人持有之所有有同类保障之保单。

☐ 本次索赔申请只应用于下列有同类保障之保单：

注：请选择适用项目，否则我们将会把本次索偿申请应用于您持有之所有有同类保障之保单。

学历及就业详情：

1. 您的学历、认可知识及训练。	1.
2. 现职（倘有兼职请列明）职位及职责。	2.
3. 公司或雇主名称及地址。	3.
4. 有否向雇主递交病假证明书？	4. ☐ 有 ☐ 没有
5. 最后工作日期	5. 月 日 年
6. 何时恢复工作（如否，期望何时可恢复工作）。	6. 月 日 年

请签署后即时但不迟于14天内递交

请勿在空白表格上签署

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

因意外而导致丧失工作能力适用：

7. a) 意外日期及时间	7. a) <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>月</td><td>日</td><td>年</td><td>时</td><td>分</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> ☐ 上午 ☐ 下午											月	日	年	时	分					
月	日	年	时	分																	
b) 意外地点及经过	b) <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
c) 受伤部位及伤势	c) <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				

因病而导致丧失工作能力适用：

8. a) 所患疾病及描述其病症	8. a) <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
b) 该病在投保人首次就诊已存在多久	b) <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
c) 诊治详情 i) 求诊日期	i) <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>月</td><td>日</td><td>年</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>											月	日	年							
月	日	年																			
ii) 首次就诊的医生资料 医生 / 医院名称及地址	ii) <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
iii) 建议入院的医生资料	iii) <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				

过往之求诊及住院纪录：

9. 因本次病患曾就诊之医生姓名或入住之医院详情。														
姓名及地址	住院 / 求诊号码	住院 / 求诊日期												
		<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>月</td><td>日</td><td>年</td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>							月	日	年			
月	日	年												
		<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>月</td><td>日</td><td>年</td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>							月	日	年			
月	日	年												

其他资料：

10. 请提供与此病有关之住院纪录。																										
医院名称	入院日期	出院日期																								
	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>月</td><td>日</td><td>年</td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>							月	日	年				<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>月</td><td>日</td><td>年</td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>							月	日	年			
月	日	年																								
月	日	年																								
	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>月</td><td>日</td><td>年</td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>							月	日	年				<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>月</td><td>日</td><td>年</td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>							月	日	年			
月	日	年																								
月	日	年																								

 11. 您是否在其他公司投保类似丧失工作能力保障？如“有”，请填写下栏。 ☐ 有 ☐ 没有

投保公司名称	投保类别金额	附加契约	保单号码

支付赔偿方法：
重要事项：

如客户已登记使用「转数快」并连接至港元银行帐户，或已登记使用「电子入帐服务」并连接至港元或澳门币银行帐户，赔偿款项将自动存入指定银行帐户。

如客户已登记「电子入帐服务」并连接至美元银行帐户，赔偿款项将默认以美元支票支付。

为方便快捷收到赔偿款项，请填写以下资料以即时登记「转数快」或「电子入帐服务」：

备注：保单持有人的所有保单须登记「转数快」或「电子入帐服务」以便我们通过「转数快」或「电子入帐服务」支付赔偿款项。我们将在完成登记当日发送短讯通知您。

保单持有人手机号码：

如此号码跟公司纪录不同，我们会更新有关号码至下列保单。我们将于完成登记当日发送短讯通知您。

如未曾提交有效的身份证 / 护照，需提交身份证明文件以登记「转数快」或「电子入帐服务」。

☐ 适用于您在本公司持有之所有于香港缮发之保单。（不适用于保单号码以「C」为首的一般保险保单。）备注：如本表所填财务规划顾问/保险经纪/独立理财顾问并非您其他保单的财务规划顾问/保险经纪/独立理财顾问，您同意他/她（就此申请）一并跟进您在本公司持有之所有于香港缮发之保单。

☐ 适用于下列于香港缮发之保单。

--

请选择「转数快」或「电子入账服务」其中一项以转入以上保单号码所支付的保单利益。

「识别代号」指结算公司接受用于帐户绑定服务帐户登记的识别资料，包括您的手机号码，电子邮箱地址或「转数快」识别号码。

香港銀行及分行之名稱

银行编号			分行编号			本人之账户号码						
			-			-						

银行存折/信件/月结单/银行卡上记录的帐户持有人姓名（必须与上述保单持有人相同）

[illegible]

☐ 适用于您在本公司持有之所有于澳门缮发的保单。
备注：如本表所填财务规划顾问/保险经纪/独立理财顾问并非您其他保单的财务规划顾问/保险经纪/独立理财顾问，您同意他/她（就此申请）一并跟进您在本公司持有之所有于澳门缮发的保单。

☐ 适用于下列于澳门缮发之保单。

--

澳门银行之名称

[illegible]

港元 澳门币

银行存折 / 月结单上所纪录之户口持有人姓名 (必须与上述保单持有人相同)

[illegible]

(b) 本人/我们明白及同意如本人/我们选择任何保单下所作出的利益款项以「选择货币」支付，本人/我们同意承担所需的兑换差额，而该差额是有关货币兑换时依据友邦保险内部货币兑换率而确定。

--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

注意事项

- (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。如需退回提交的正本医疗收据 / 病假证明，请同时提交「退回正本文件申请表」。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赔偿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

保费征费

重要提示

保单持有人须按《保险业（征费）规例》（“规例”）在缴交保费时向本公司一并缴交法定保费征费，并由本公司把保费征费转付至保险业监管局（“保监局”）。如保单持有人没有缴付保费征费，或被视为违反规例，保监局可向该人施加不超过港元5,000元的罚款，而欠付的征费及罚款可作为欠保监局的民事债项而由该局追讨。

声明及授权

☐ 本人 / 我们声明，本人 / 我们为此索偿申请书中列明的保单之持有人 / 受让人 / 信托人 / 受益人（视情况而定）。除非于左列空格划上「X」号，否则本人 / 我们完全同意如有关保单因是次索偿而终止，公司会从赔偿金额及保险赔偿金中扣除有关保单尚欠的保费征费（如适用）。于保单索偿程序展开时已授权公司作出扣除的保单持有人 / 受让人 / 信托人 / 受益人将平均承担保单所有尚欠的保费征费。本人 / 我们明白及承认如保单持有人过期缴保费征费，公司须向保险业管理局提供保单持有人的资料。

个人资料收集及使用

我 / 我们确认我 / 我们已阅读、明白及同意我 / 我们的保单缮发人及 / 或退休金计划服务提供者（即友邦(国际)有限公司（香港分行）、友邦(国际)有限公司（澳门分行）、友邦保险有限公司及 / 或友邦隼峰人寿有限公司（如适用）的个人资料收集声明（「该声明」），该声明可在以下网址下载

<https://www.aia.com.hk/zh-hk/privacy-statement-main>。

我 / 我们声明及同意在本申请所载或我 / 我们的保单缮发人及 / 或退休金计划服务提供者不时以任何方法收集、获得、编制或持有的任何个人资料及关于我 / 我们的保单、帐户或投资的其他资料，可根据该声明收集及使用。我 / 我们知悉及同意就该声明所述目的转移我 / 我们的个人资料至香港境外 / 境内（如保单 / 退休金计划在香港缮发）或澳门境外 / 境内（如保单 / 退休金计划在澳门缮发）（视乎情况而定）予该声明所载的资料承让人。该声明的符合相关守则及法规之最新版本可于以上网址下载及可供索取。

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

声明及授权

本人 / 我们声明上述所有答案均为真实和完整。

本人 / 我们特此授权：

- 任何知悉或拥有本人 / 我们 / 被保人之工作、病假纪录、意外或损失（任何类别）之详情、健康状况、病历或任何治疗或咨询纪录及曾为或将为本人 / 我们 / 被保人诊治之机构、组织或人士，向友邦保险透露有关资料，不得撤回，即使本人 / 我们 / 被保人死亡或丧失能力，此授权书仍然存有法律效力，而本人 / 我们 / 被保人之继承人及转让人亦会受此授权书约束。此授权书之正本与副本同属有效。
- 友邦保险或任何其认可之验身医生或化验所，替本人 / 我们 / 被保人进行所需之医疗评估及测试，并对本人 / 我们 / 被保人之健康状况进行审核及评估，作为处理本申请及其后与之有关的赔偿事宜，不得撤回。此等化验会包括，但并不限于，胆固醇及有关之血脂、糖尿病、肾或肝功能失常、艾滋病或感染人体免疫力缺乏病毒、免疫系统失常或体内药物、毒品、尼古丁及其代产品之含量等化验。

持有人 / 信托人签署 (请勿在空白表格上签署，并请使用本公司记录中的签名。)		受保人签署 (如非持有人 / 信托人) (请勿在空白表格上签署，并请使用本公司记录中的签名。 年满18岁或以上的受保人必须在此签署。)	
姓名		姓名	
身份证 / 护照号码		身份证 / 护照号码	
日期		日期	
与受保人关系			
见证人签署			
姓名		日期	
本声明及授权书必须由受保人签署，若受保人为未成年人，可由其父母 / 合法监护人签署。 若签署人非受保人，请填写以下资料。			
受保人姓名 (正楷书写)		与受保人关系 (请提交关系证明文件)	



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（于百慕达注册成立的有限公司），友邦保险有限公司（在香港注册成立的有限公司）（视情况而定），具体取决于此信件相关表格的签发公司。

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

第二部分（由主诊医生或手术医师填写，费用由投保人 / 申请人承担）

投保人姓名：

身份证 / 护照号码：

(A) 病历及诊断

1. 病征首次出现 / 意外发生日期

月		日		年			

6. 最后诊断结果及其并发症

2. 投保人主诉之病征或征状

7. 投保人所申报之学历、认可知识及训练

3. 首次求诊日期

月		日		年			

8. 投保人之现职（倘有兼职请列明）职位及职责

4. 有关疾病 / 意外之初次诊断结果

9. 投保人首次就有关疾病意外停止工作之日期

月		日		年			

5. 首次诊断日期

月		日		年			

10. 投保人是否有类同之病历？如有，请说明何时及详述细节

11. 由阁下 / 贵院提供之治疗详情：

日期 / 时期	治疗详情	检验 / 特殊医疗程序
月 日 年		

12. 投保人就有疾病 / 意外曾求诊之医生姓名及地址

治疗日期	求诊医生姓名 / 医院名称	地址										
<table><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>月</td><td>日</td><td colspan="3">年</td></tr></table>						月	日	年				
月	日	年										

(B) 投保人现时之健康状况

1. 康复进展

☐ 已完全康复 ☐ 康复中 ☐ 情况稳定 ☐ 情况恶化

注：

2. 日常活动概况

如需住院，请提供医院名称及住院日期。

☐ 行动自如 ☐ 需留在家中休息 ☐ 需卧床休息 ☐ 需留院治疗

注：

3. 请详述投保人现时之身体缺陷 / 损害情况。

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. 按日常生活活动评估，受保人在不受辅助下，可否完成下列的事项？

上下床或从椅子坐起：

☐

可以

☐

不可以

行动：

☐

可以

☐

不可以

穿衣：

☐

可以

☐

不可以

洗澡及梳洗：

☐

可以

☐

不可以

进食：

☐

可以

☐

不可以

如厕：

☐

可以

☐

不可以

注：

5. 就受保人现时之健康状况而言，请评估其工作能力。

☐ 能够从事任何体力劳动工作

☐ 能够从事中度体力劳动工作

☐ 只可从事轻度体力劳动工作

☐ 只可从事非体力劳动或文书工作

☐ 不可从事任何体力劳动甚或文书工作

注：

6. 请详述受保人现时之精神缺陷损害程度（如精神状况良好，请填写C部份）

7. 就受保人现时之精神状况而言，请评估其社交活动及沟通能力。

☐ 社交活动及沟通能力均为完全正常

☐ 能应付大部份社交活动及与人沟通

☐ 只能有限度地参加社交活动及与人沟通

☐ 严重缺乏社交活动及沟通能力

☐ 严重缺乏心理、生理、个人及社会适应能力

注：

(C) 进展及康复

1. 受保人现时是否完全丧失工作能力？

根据受保人本身之工作或职业而言： ☐ 是 ☐ 否

就从事或参与其他工作或职业而言： ☐ 是 ☐ 否

☐ 否

2. 根据受保人申报之学历、认可知识及训练，请评估受保人能够从事之工作或职业。

☐ 能够从事任何工作或职业

☐ 只能从事其本身之工作或职业

☐ 不能从事或参与任何类型的工作或职业

☐ 注：

□ 注：

☐ 不会

a. 如“会”，受保人于何时才能重新工作？	
根据受保人本身之工作或职业而言：	就从事或参与其他工作或职业而言：
☐ 一个月内	☐ 一个月内
☐ 一至三个月内	☐ 一至三个月内
☐ 三至六个月内	☐ 三至六个月内
☐ 六至十二个月内	☐ 六至十二个月内
☐ 多于十二个月	☐ 多于十二个月
☐ 永不	☐ 永不
注：	注：

☐ 永不

注：

b. 如“不会”，请详述。

4. 请说明任何进一步之治疗及康复计划。

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(D) 其他

是否有其他有助于我们审核本索赔案件的资讯？请提供。

本人 / 我们现声明此申请书上所填资料皆为本人/ 我们所知及所信之事实及其全部。

主诊 / 专科医生的姓名（资历）

签署（盖印）

地址及电话

日期