



断肢赔偿申请表

保单号码 <input style="width:95%;" type="text"/>	投保人姓名 <input style="width:95%;" type="text"/>	身份证 / 护照号码 <input style="width:95%; text-align: right; border-bottom: 1px solid black;" type="text" value="XXXX"/>	 03402139
区域编号 <input style="width:95%;" type="text"/>	营业员组别 / 经纪名称 <input style="width:95%;" type="text"/>	营业员号码 / 经纪号码 <input style="width:95%;" type="text"/>	
营业员组别编号 <input style="width:95%;" type="text"/>	营业员 / 业务代表姓名 <input style="width:95%;" type="text"/>	营业员 / 业务代表联络电话 <input style="width:95%;" type="text"/>	
业务代表会员号码 <input type="checkbox"/> IA <input style="width: 40px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> ANG <input style="width: 40px;" type="text"/>			
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策划顾问 / 保险或理财顾问将能查阅本次申请资料。 <input type="checkbox"/> 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)**就业详情：**

1. 现职 (倘有兼职请列明) 职位及职责。	1. <input style="width: 95%; height: 80px;" type="text"/>
2. 公司或雇主名称及地址。	2. <input style="width: 95%; height: 80px;" type="text"/>
3. 有否向雇主递交病假证明书?	3. <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有
4. 有否就此意外申请劳工赔偿?	4. <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有
5. 您是否左手惯用者?	5. <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

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

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

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 / 退休金计划在海外缮发）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：

- a. 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。
- b. 友邦保险或任何其他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	日期
------------	----

身份证 / 护照号码	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。

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

第二部分 (由主诊医生或手术医生填写, 费用由投保人/申请人承担)
肢体切除/丧失功能/永久及不能痊愈的精神失常适用

1. (a) 投保人姓名：

(b) 身份证/护照号码

(c) 职业

(d) 投保人是否左手惯用者？
 是 否

2. (a) 意外日期 月 日 年

(b) 受伤原因：

(c) 请列明受伤部位及其类别。

(d) 请利用图表以列明受伤部位。

(e) 受伤程度 (如受影响关节可活动空间/断肢位置及范围/受伤部位所失功能之百分比)：

(f) 请列出于最后一次求诊时受伤部位的总体情况及其功能状况。

3. (a) 现时受伤情况：

(b) 请详述投保人现时之身体缺陷/损害情况 (如适用)。

(c) 该身体缺陷/功能之损害情况是暂时性还是永久性？有没有痊愈的可能性？请详述。

4. 请提供治疗详情 (如手术、物理治疗等) 及治疗日期。

5. (a) 此次受伤是否需要住院、X光检查及/或特别诊断程序？
 是 否

(b) 如“是”，请提供详情及提供化验报告、X光检查，或任何有关的医院报告。

(c) 有没有进行手术？
 有 没有

(d) 如“有”，请提供详情 (如手术名称及施行手术日期)。

6. (a) 受伤是否由下列情况导致或影响？

身体缺陷/先天性毛病 是 否

过往病史 是 否

退化转变 是 否

酒精或药物 是 否

(b) 如以上任何一项为“是”，请提供详情。

7. (a) 您认为投保人现时之状况会否有基本/明显的改善？

(b) 请说明任何进一步之治疗/康复计划。

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)

签名 (盖印)

地址及电话

日期

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

**第二部分 (由主诊医生或手术医生填写, 费用由投保人/申请人承担)
丧失说话能力及/或失聪适用**

1. (a) 投保人姓名：

(b) 身份证/护照号码

(c) 职业

2. (a) 意外日期 月 日 年

(b) 请列明受伤部位及其类别。

(c) 导致丧失说话能力及/或失聪之原因：

(d) 丧失说话能力之持续时段

(e) 诊断是否由耳鼻喉专科医生确认并已进行听力及声域测验？
 是 否

3. (a) 现时受伤情况

(b) 您认为投保人现时之状况会否有基本/明显的改善？
 会 不会

(c) 丧失说话能力及/或失聪之状况是否属于完全及永久性之缺陷？
 是 否

(d) 请说明任何进一步之治疗/康复计划。

4. 请提供治疗详情 (如手术、物理治疗等) 及治疗日期。

5. (a) 此次受伤是否需要住院、X光检查及/或特别诊断程序？
 是 否

(b) 如“是”，请提供详情。

(c) 有没有进行手术？
 有 没有

(d) 如“有”，请提供详情 (如手术名称及施行手术日期)。

6. (a) 受伤是否由下列情况导致或影响？

身体缺陷/先天性毛病 是 否

过往病史 是 否

退化转变 是 否

酒精或药物 是 否

(b) 如以上任何一项为“是”，请提供详情。

7. 请提供所有报告包括耳鼻喉专科医生之报告、听力及声域测验报告、电脑扫描、磁力共振、X光检查、化验报告，或任何有关的医院报告。

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)

签名 (盖印)

地址及电话

日期

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

第三部份 (由投保人 / 索偿人填写)

附注: 若是由友邦指定之医生为投保人检验所述之伤患, 则此部份适用, 并需由投保人 / 索偿人填写及签署。

投保人 / 索偿人申请意外赔偿之声明

致: 友邦

有关由友邦指定之医生 (以下简称「上述医生」, 非投保人之主诊医生) 负责为投保人进行验伤, 以便评估索偿申请的事宜, 本人谨此同意及确认:

- (a) 由上述医生作出之检验结果将成为友邦处理本人上述索偿申请的根据。
- (b) 本人明白是次检验并不会对投保人将来任何时候因所述伤患而需向其主诊医生寻求进一步的医疗评估及医治时构成任何限制。

见证人签署	投保人 / 申请人签署 (请勿在空白表格上签署, 并请使用本公司记录中的签名。)
姓名	姓名
日期	身份证 / 护照号码
	日期