AIA

危疾及严重程度健康保障赔偿申请表

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

P3382099

业务代表会员号码 ☐ IA ☐☐☐☐☐☐ ☐ ANG ☐☐☐☐☐☐☐

如受保人或保单持有人同时持有友邦保险(国际)有限公司及友邦隽峰人寿有限公司的保单，相关赔偿（包括登记「转数快」或「电子入账服务」）将会一并处理。此外，赔偿表格内的「声明及授权」及「个人资料搜集及使用」亦同时适用于友邦保险（国际）有限公司及友邦隽峰人寿有限公司。

☐ 如果您不同意上述安排，请在空格内划上「X」号。

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。

第一部分（由受保人或申请人填写）

本次为： ☐ 首次索赔 ☐ 再次索赔 ☐ 重批 / 复核

赔偿性质及相关资料：

1. 申请赔偿的危疾名称	1.
2. 首次就诊日期期	2. ☐☐ 月 ☐☐ 日 ☐☐☐☐ 年
3. 请描述自发病日起出现的所有症状。	3.
4. 首次就此病就诊的医生 / 机构名称、地址及联系电话。	4.
5. 自首次就诊日起，这些症状已持续多久？	5.
6. 您惯常就诊的医生 / 机构名称、地址及联系电话。	6.

本表格适用于友邦隽峰人寿股份有限公司（以下简称「友邦保险」）签发保单的索赔申请。

过往之就诊及住院记录：

7. 请提供曾诊治此病的其他医生或专科医生资料。

姓名及地址	就诊日期
	月 日 年
	月 日 年
	月 日 年

8. 请提供与此病有关的住院记录。

医院名称	入院日期	出院日期
	月 日 年	月 日 年
	月 日 年	月 日 年

其他资料：

9. 您的直系亲属中是否有人曾患有相同或相关的危疾？如“有”，请填写下栏。

亲属关系	危疾类别	诊断日期
		月 日 年
		月 日 年
		月 日 年

10. 在本次申请赔偿的疾病之前，您是否患有其他疾病？如“有”，请详细填写相关资料。

医院名称	入院日期	出院日期
	月 日 年	月 日 年
	月 日 年	月 日 年
	月 日 年	月 日 年

11. 您是否在其他公司投保了类似的危疾保障？如“有”，请填写下栏。

投保公司名称	投保类别	投保金额	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」并连接至港元银行账户，或已登记使用「电子入账服务」并连接至港元或澳门币银行账户，赔偿款项将自动存入指定银行账户。

如客户已登记「电子入账服务」并连接至美元银行账户，赔偿款项将默认以美元支票支付。

为方便快速收到赔偿款项，请填写以下资料以即时登记「转数快」或「电子入账服务」：

备注：

保单持有人的所有保单须登记「转数快」或「电子入账服务」以便我们通过「转数快」或「电子入账服务」支付赔偿款项。我们将在完成登记当天发送短信通知您。

持有人手机号码： _____

如该号码与公司记录不同，我们会将该号码更新至上述保单。我们将在完成登记当天发送短信通知您。

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「电子入账服务」。

保单号码 □□□□□□□□□□

如申请涉及香港保单，请填写以下部分：

☐ 本次申请适用于您在公司持有的所有香港保单。
备注：如本表所填财务规划顾问 / 经纪 / 独立理财顾问并非本人其他保单的财务规划顾问 / 经纪 / 独立理财顾问，本人同意其一并跟进本人所有香港保单的要求。

☐ 本次申请仅适用于下列香港保单：

请选择适用项，否则我们将把本申请应用于您在公司持有的所有香港保单。

使用「转数快」或「电子入账服务」将上述保单支付的保单利益转入下列指定银行账户，转入金额不超过公司设定的上限。

请选择**「转数快」或「电子入账服务」其中一项**以转入上述保单支付的保单利益。

☐ a. 转数快*（仅适用于港元付款）

请在下列「识别代号」#中**选择一项**并划「X」号，并提供相关资料。**多选视为无效申请**。「转数快」账户注册名称必须与保单持有人一致。

☐ 电子邮箱地址：（仅适用于港元付款）

☐ 「转数快」识别号码：

☐ 手机号码：
( ) ________________
国际电话区号 手机号码

* **「快速支付系统服务（转数快）」**指我们不时向您提供的服务，以便使用由香港银行同业结算有限公司及其继承人及受让人不时提供的快速支付系统及相关系统及服务。

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

☐ b. 电子入账服务（仅适用于港元付款）

请提供以下银行账户资料并提交下列文件：

1) 任何列有账户持有人及银行账户号码的最近期银行存折 / 信件 / 月结单（包括电子结单）/ 有效银行卡副本。
2) 不接受联名账户。
3) 电子入账服务账户必须为保单持有人。
4) 请确保银行账户持有人姓名与保单持有人姓名一致，否则银行将拒绝入账指示。

香港银行及分行名称

银行编号 □□□ – 分行编号 □□□ – 本人账户号码 □□□□□□□□□

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

如申请涉及澳门保单，请填写以下部分：

☐ 本次申请适用于您在公司持有的所有澳门保单。
备注：如表所填财务规划顾问 / 经纪 / 独立理财顾问并非本人其他保单的财务规划顾问 / 经纪 / 独立理财顾问，本人同意其一并跟进本人所有澳门保单的要求。

☐ 本次申请仅适用于下列澳门保单：

请选择适用项，否则我们将把本次申请应用于您在公司持有的所有澳门保单。

☐ 电子入账服务（仅适用于港元或澳门币付款）

请提供以下银行账户资料并提交下列文件：

1) 任何列有账户持有人及银行账户号码的最近期银行存折 / 信件 / 月结单（包括电子结单）/ 有效银行卡副本。
2) 不接受联名户口。
3) 电子入账服务账户必须为保单持有人。
4) 请确保银行账户持有人姓名与保单持有人姓名一致，否则银行将拒绝入账指示。

澳门银行名称________________

本人账户号码 □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

账户货币 ☐ 港元 ☐ 澳门币

银行存折 / 月结单上记录的账户持有人姓名（必须与上述保单持有人相同）

声明及授权

藉使用「转数快」或「电子入账服务」，本人 / 我们确认本人 / 我们已阅读AIA公司网页内(www.aia.com.hk)列明之条款及条件，并同意受此约束。

如未登记使用「转数快」或「电子入账服务」，除非在下列任一方格划上「**X**」号选择其他付款方式，赔偿款项将默认以港元支票支付。

如已登记美元「电子入账服务」，除非在以下任一方格划上「**X**」号选择其他付款方式，赔偿款项将预设以美元支票支付。

☐ 以相应的保单货币将赔偿款项存入该保单附属的「现金储备金户口」。「现金储备金户口」的使用受其使用条款约束。（仅适用于抵港抵澳内地人士业务保单）

☐ 以保单货币支票支付

☐ 以港元支票支付

(a) 本人 / 我们明白所有保单利益之款项将依据保单资料页或随后所发出之批注（如适用）所载之最近期保单货币为准。因此，提供选择以最近期的保单货币以外的货币（「选择货币」）作为收取任何此等利益的货币只属友邦保险酌情所提供之服务。

(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厘定。

其他资料

保单号码 | | | | | | | | | | |

AIA 友邦
(以下简称"友邦")
声明及授权

重要事项

(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 > 索偿及医疗费用预先批核 > 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

保费征费

重要提示

保单持有人须依《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理局（"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，公司须向保险业监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、了解及同意我 / 我们的保单缮发人及 / 或退休金计画服务提供者（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/或友邦隽峰人寿有限公司（如以下）的个人资料收集声明（「该网站」声明」

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 / 或退休金计画服务提供者不时以任何方法收集、取得、编制或持有的任何个人资料及关于我 / 我们的保单、账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 / 退休金计画在澳门缮发）（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。

保单号码 | | | | | | | | | | |

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肪、糖尿病、肾或肝功能失常、爱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，并确保签名与保单申请书一致）	受保人签署，如非持有人 / 信托人 （请勿在空白表格上签署，并确保签名与保单申请书一致） （年满十八岁必须签署）
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 (正楷填写)	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。