



TRAVEL INSURANCE CLAIM FORM
旅遊保險賠償申請書

PART I (TO BE COMPLETED BY THE INSURED / CLAIMANT) 第一部份由受保人或申請人填寫

Group Policy No. & Name of Group Policyholder 團體保單編號及團體保單投保公司名稱	Policy Type 保單類別	<input type="checkbox"/> Travel 旅遊保障 <input type="checkbox"/> China Assist Card 中國支援服務 <input type="checkbox"/> Worldwide Emergency Assistance 環球緊急支援服務 <input type="checkbox"/> Others 其他：		This is a 這次是
Name of Insured 受保人姓名	HKID Card No. 香港身份證號碼	Sex 性別	Age 年歲	<input type="checkbox"/> New Claim 首次索償 <input type="checkbox"/> Further Claim 再次索償 <input type="checkbox"/> Review 重批/覆核
Correspondence Address 聯絡地址		Contact Phone No. 聯絡電話號碼		E-mail Address 電郵地址
Country of Destination 行程目的地	Period of Journey 行程日期			
	From 由	MM / 月 DD / 日 YY / 年	To 至	MM / 月 DD / 日 YY / 年
Insurance amount covered by other Companies 投保於其他保險公司之金額				
Name of Company 公司名稱	Policy No. 保單號碼	Type of Benefit 受保類別	Amount Recoverable 可領回金額	

TYPE OF BENEFITS (Please tick where appropriate) 索償類別 (請於適當方格內加上“√”)

1. Emergency Medical Assistance & Expenses 緊急旅遊支援及醫療費用		8. Travel Delay 行程延誤	<input type="checkbox"/>
a. Medical Expenses Reimbursement 醫療費用	<input type="checkbox"/>	9. Baggage Delay 行李延誤	<input type="checkbox"/>
b. Emergency Medical Evacuation 緊急醫療運送	<input type="checkbox"/>	10. Home Damage and Loss 家居損失	<input type="checkbox"/>
c. Repatriation of Remains 遺體運返費用	<input type="checkbox"/>	11. Purchase Damage and Loss 購物損失	<input type="checkbox"/>
d. Compassionate Visit 安排家屬探望	<input type="checkbox"/>	12. Personal Liability 個人責任	<input type="checkbox"/>
2. Personal Accident 個人意外		13. Compassionate Death Benefit 身故體恤津貼	<input type="checkbox"/>
a. Accidental Death & Dismemberment 意外死亡及斷肢賠償	<input type="checkbox"/>	14. Others 其他： _____	<input type="checkbox"/>
b. Permanent Total Disability 永久完全殘廢賠償	<input type="checkbox"/>	_____	
3. Staff Replacement 替補員工	<input type="checkbox"/>		
4. Journey Cancellation / Journey Curtailment (Early Return) 取消行程/縮短行程(提早回程)	<input type="checkbox"/>		
5. Baggage Loss 個人行李/物件遺失	<input type="checkbox"/>		
6. Travel Documents Loss 旅遊證件遺失	<input type="checkbox"/>		
7. Personal Money 個人金錢	<input type="checkbox"/>		

AIA address in HK : AIA International Limited, Corporate Solutions Department, 12/F, AIA Financial Centre, 712 Prince Edward Road East, Kowloon, Hong Kong
友邦香港辦事處：香港九龍太子道東712號友邦九龍金融中心12樓友邦保險團體業務部
AIA address in Macau : AIA International Limited, Corporate Solutions Department, 601, AIA Tower, Nos. 251A-301 Avenida Commercial de Macau, Macau
澳門友邦保險辦事處：澳門商業大馬路251A – 301號友邦廣場601室友邦保險團體業務部
網址Website: AIA.COM.HK

To be completed for claims under Benefit 1a - Medical Expenses Reimbursement
 如申請賠償類別為1a - 『醫療費用』適用

1a) Date and time of accident / diagnosis made: 發生意外或疾病開始之日期及時間	1 a) <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">MM / 月</td> <td style="text-align: center;">DD / 日</td> <td style="text-align: center;">YY / 年</td> <td colspan="5"></td> </tr> </table> _____ am / pm 上午 / 下午									MM / 月	DD / 日	YY / 年													
MM / 月	DD / 日	YY / 年																							
b) Where and how did accident happen / How long have the symptoms been existing? 發生意外之地點及經過 / 疾病之徵狀出現了多久?	b)																								
c) Nature of accident / diagnosis of illness: 意外的情況、傷勢 / 病況的診斷	c)																								
d) Have you consulted any doctor or had medicine treatment before the commencement of your journey? 於行程出發前向否向醫生求診或接受任何藥物治療?	d) <input type="checkbox"/> Yes If yes, please give details: 有 如有, 請提供詳情 _____ <input type="checkbox"/> No 沒有																								
e) Give details of consultation. 診治詳情 i) The doctor first consulted for this accident / illness and First Consultation Date. 首次就診的醫生資料及日期 ii) The doctor you last consulted for this accident / illness and the Last Consultation Date. 最後求診的醫生資料及日期 iii) If hospitalized, please state the period of hospitalization. 若曾住院, 請列出住院時段	e) Name(s) and Address(es) of Doctor(s) / Hospital(s) 醫生 / 醫院名稱及地址 Consultation Date 求診日期 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">MM / 月</td> <td style="text-align: center;">DD / 日</td> <td style="text-align: center;">YY / 年</td> </tr> </table> _____ <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">MM / 月</td> <td style="text-align: center;">DD / 日</td> <td style="text-align: center;">YY / 年</td> </tr> </table> _____ Admission Date 入院日期 Discharge Date 出院日期 iii) From _____ To _____ 由 _____ 至 _____ <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">MM / 月</td> <td style="text-align: center;">DD / 日</td> <td style="text-align: center;">YY / 年</td> </tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">MM / 月</td> <td style="text-align: center;">DD / 日</td> <td style="text-align: center;">YY / 年</td> </tr> </table>				MM / 月	DD / 日	YY / 年				MM / 月	DD / 日	YY / 年				MM / 月	DD / 日	YY / 年				MM / 月	DD / 日	YY / 年
MM / 月	DD / 日	YY / 年																							
MM / 月	DD / 日	YY / 年																							
MM / 月	DD / 日	YY / 年																							
MM / 月	DD / 日	YY / 年																							
2) Please list below for the medical expenses to be claimed 請填寫欲索償之醫療費用詳情: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">Consultation Date(s) (MM / DD / YY) 求診日期 (月 / 日 / 年)</th> <th style="width: 20%;">Nature of expenses 醫療費用性質</th> <th style="width: 20%;">Claimed Amount with Currency 索償金額及其貨幣</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>b.</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Consultation Date(s) (MM / DD / YY) 求診日期 (月 / 日 / 年)	Nature of expenses 醫療費用性質	Claimed Amount with Currency 索償金額及其貨幣	a.			b.																	
Consultation Date(s) (MM / DD / YY) 求診日期 (月 / 日 / 年)	Nature of expenses 醫療費用性質	Claimed Amount with Currency 索償金額及其貨幣																							
a.																									
b.																									
Remarks 註: Please attach all relevant documents such as 1. Original Receipts 2. Medical reports from the health care providers or Hospital Discharge Note 3. Lab Reports 4. Police Report 5. Passport / Entry Proof / Travel Tickets 6. Compensation Breakdown from other Insurers / Parties 請連同所有有關文件一併遞交: 如 1. 正本單據 2. 由當地醫療機構發出之醫療報告或出院證明書 3. 化驗報告 4. 警察報告 5. 護照 / 出入境證明 / 行程票據 6. 其他保險公司 / 機構發出之賠償細算表																									

To be completed for claims under Benefit 1d - Compassionate Visit 如申請賠償類別為 1d - 『安排家屬探望』適用

1) Reason for Compassionate Visit: 安排家屬探望原因	1)	Destination 目的地												
2) Period of Visit: 探望日期	2) From _____ To _____ 由 _____ 至 _____ <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">MM / 月</td> <td style="text-align: center;">DD / 日</td> <td style="text-align: center;">YY / 年</td> </tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">MM / 月</td> <td style="text-align: center;">DD / 日</td> <td style="text-align: center;">YY / 年</td> </tr> </table>				MM / 月	DD / 日	YY / 年				MM / 月	DD / 日	YY / 年	
MM / 月	DD / 日	YY / 年												
MM / 月	DD / 日	YY / 年												
3) Full name of Immediate Family Member: 直系親屬姓名	3) Name 姓名:	Relationship to the Insured: 與受保人關係:												
4) Full name of Minor: 小童姓名	4) Name 姓名:	Relationship to the Insured: 與受保人關係:												
5) Total Amount Claimed and its Currency 索償金額及其貨幣	5) Amount 金額:	Nature of Expenses: 費用性質:												
Remarks 註: Please attach all relevant documents such as 1. Medical reports from the health care providers or Hospital Discharge Note 2. Passport / Entry Proof / Travel Tickets 3. Travel Expenses Receipts 4. Relationship Proof 5. Burial / Cremation Certificate 請連同所有有關文件一併遞交: 如 1. 由當地醫療機構發出之醫療報告或出院證明書 2. 護照 / 出入境證明 / 行程票據 3. 酒店住宿及交通費用之單據 4. 關係證明 5. 批准屍體火葬證明書														

To be completed for claims under Benefit 2 - Personal Accident
 如申請賠償類別為 2 - 『個人意外』適用

1a) Date and time of accident: 意外日期及時間	1a) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">MM / 月</td> <td style="text-align: center;">DD / 日</td> <td style="text-align: center;">YY / 年</td> <td colspan="4" style="text-align: right;">_____ am / pm 上午 / 下午</td> </tr> </table>								MM / 月	DD / 日	YY / 年	_____ am / pm 上午 / 下午			
MM / 月	DD / 日	YY / 年	_____ am / pm 上午 / 下午												
b) Where and how did it happen? 意外地點及經過	b)														
c) Part of body injured and type of injury 受傷部位及傷勢	c)														
d) Full name and telephone no. of witness(es), if any: 見證人之姓名及其聯絡電話 (如適用)	d)														

DETAILS OF MEDICAL CONSULTATION / HOSPITALIZATION 求診及住院詳情

2) Details of Physician(s) consulted or hospital(s) admitted for current accident during the journey 於旅程中曾求診之醫生或入住之醫院詳情： Hospital / Doctor Name(s) Address(es) Admission / Consultation No.(s) Admission / Consultation Date(s) (MM / DD / YY) 醫院 / 醫生名稱 地址 住院 / 求診號碼 住院 / 求診日期 (日 / 月 / 年)			
a.			
b.			
c.			
Remarks 註： Please attach all relevant documents such as 1. Medical reports from the health care providers or Hospital Discharge Note 2. Police Report 3. Death Certificate 4. HKID of Insured and Beneficiary 5. Passport / Entry Proof / Travel Tickets 5. Burial / Cremation Certificate 請連同所有有關文件一併遞交：如 1. 由當地醫療機構發出之醫療報告或出院證明書 2. 警察報告 3. 死亡証 4. 受保人及受益人之身份証 5. 護照 / 出入境證明 / 行程票據 5. 批准屍體火葬證明書			

To be completed for claims under Benefit 4 - Journey Curtailment (Early Return) or Journey Cancellation
 如申請賠償類別為 4 - 『縮短行程』 (提早回程) 或 『行程取消』適用

1) Reason for Journey Curtailment / Cancellation 縮短行程或取消行程之原因	1)												
2) Period of Journey Curtailment / Cancellation 縮短之行程或取消之行程時段	2) From <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">MM / 月</td> <td style="text-align: center;">DD / 日</td> <td style="text-align: center;">YY / 年</td> </tr> </table> To <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">MM / 月</td> <td style="text-align: center;">DD / 日</td> <td style="text-align: center;">YY / 年</td> </tr> </table>				MM / 月	DD / 日	YY / 年				MM / 月	DD / 日	YY / 年
MM / 月	DD / 日	YY / 年											
MM / 月	DD / 日	YY / 年											
3) Full name, address and telephone no. of travel agent 旅行社名稱、地址及聯絡電話號碼	3)												
4) Total amount claimed and its currency 索償金額及其貨幣	4) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 100px; height: 20px;"></td> <td style="width: 100px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Nature of Expenses: 費用性質</td> <td style="width: 100px; height: 20px;"></td> </tr> </table>			Nature of Expenses: 費用性質									
Nature of Expenses: 費用性質													
5) If the journey curtailment / Journey cancellation is due to death, serious injury or sickness of the Insured / Immediate Family Member / Close Business Partner, please state clearly the followings: 若因受保人 / 直系親屬 / 公司合夥人死亡、嚴重受傷或病重而引致縮短或取消行程，請清楚填報下列資料：													
Full name of sick/injured person 病者 / 受傷者姓名	Telephone No. 聯絡電話號碼	Relationship to the Insured 與受保人之關係	Diagnosis 診斷	Injury 意外	Illness 疾病								
a.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
b.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
c.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Remarks 註： Please attach all relevant documents such as 1. Unused ticket, deposit receipts 2. Medical reports from the health care providers 3. Death Certificate 4. Passport / Entry Proof 5. Written confirmation from Airlines / Public Common Carrier / Hotel 6. Police report 7. Burial / Cremation Certificate 8. Compensation Breakdown from other Insurers / Parties 請連同所有有關文件一併遞交：如 1. 未能完成的行程之票據、訂金收據 2. 由當地醫療機構發出之醫療報告 3. 死亡証 4. 護照 / 出入境證明 5. 航空公司 / 輪船公司 / 酒店發出之書面證明 6. 警察報告 7. 批准屍體火葬證明書 8. 其他保險公司 / 機構發出之賠償細算表													

To be complete for claims under Benefit 5 - Baggage Loss, Benefit 6 - Travel Document Loss and/or Benefit 7 - Personal Money 如申請賠償類別為 5 - 『個人行李遺失』, 6 - 『旅遊證件遺失』, 及/或 7 - 『個人金錢』適用

1a) Date of Loss / Damage: 物品遺失 / 損毀之日期	1a) <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">MM / 月</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">DD / 日</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">YY / 年</td> </tr> </table>				MM / 月	DD / 日	YY / 年
MM / 月	DD / 日	YY / 年					
b) Where and how did it happen? 發生地點及經過	b)						
c) Date and Time when the incidence was reported to the Police / related Parties 向警察局 / 有關機構報告事件的日期及時間	c) <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">MM / 月</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">DD / 日</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">YY / 年</td> </tr> </table> _____ am / pm 上午 / 下午				MM / 月	DD / 日	YY / 年
MM / 月	DD / 日	YY / 年					
d) Name and Address of the Police Station / Parties to whom the incidence was reported and its reference no., if any 警察局 / 有關機構之名稱及地址及其檔案編號 (如適用者)	d)						
2) Details of lost / damaged items 遺失 / 損毀之物品詳情							
Item(s) Lost / Damaged 遺失 / 損毀之物品	Date of purchase / Document(s) replacement (MM / DD / YY) 購買遺失 / 損毀之物品或補發旅遊證件之日期 (月 / 日 / 年)	(Purchase) value / Repairing Cost / Document(s) replacement cost and its currency (購買) 價值 / 修理費用 / 補發旅遊證件之費用及其貨幣	Purchase receipt(s) attached 購買單據隨賠償申請書附上				
a.			<input type="checkbox"/> Yes 有 <input type="checkbox"/> No 無				
b.			<input type="checkbox"/> Yes 有 <input type="checkbox"/> No 無				
c.			<input type="checkbox"/> Yes 有 <input type="checkbox"/> No 無				
Remarks 註： Please attach all relevant documents such as 1. Written confirmation from Airlines / Public Common Carrier / Hotel 2. Purchase receipts / documents replacement receipts 3. Receipts for Additional hotel accommodation and travelling expenses 4. Passport / Entry Proof 5. Compensation Breakdown from other Insurers / Parties 6. Police Report 請連同所有有關文件一併遞交：如 1. 航空公司 / 輪船公司 / 酒店發出之書面證明 2. 購買物品之單據 / 補發旅遊證件之收據 3. 滯留期間之額外酒店住宿及交通費用之單據 4. 護照 / 出入境證明 5. 其他保險公司 / 機構發出之賠償細算表 6. 警察報告							

To be completed for claims under Benefit 8 - Travel Delay and / or Benefit 9 - Baggage Delay
如申請賠償類別為 8 - 『行程延誤』及/或 9 - 『行李延誤』適用

1) Reason for travel and / or baggage delay: 行程延誤及 / 或行李延誤之原因	1)		
2) Full name, address and telephone no. of travel agent / Public common carrier 旅行社 / 航空公司名稱、地址及聯絡電話號碼	2)		
3) Details for Travel / Baggage Delay 行程 / 行李延誤之詳情			
Expected Arrival Date and Time 預定到達日期及時間	Actual Arrival Date and Time 實際到達日期及時間	Flight No. 航班編號	Duration of Travel / Baggage Delay 行程 / 行李延誤之時段
a.			
b.			
Remarks 註： Please attach all relevant documents such as 1. Copy of boarding pass / air ticket 2. Written confirmation from Airlines / Public Common Carrier / Travel Agent 3. Original Receipts for Purchase of necessities / Hotel Accommodation & Refreshments 4. Passport / Entry Proof 5. Compensation Breakdown from other Insurers / Parties 請連同所有有關文件一併遞交：如 1. 登機証 / 機票副本 2. 航空公司 / 輪船公司 / 旅行社發出之書面證明 3. 購買必需品 / 酒店住宿及用膳之單據 4. 護照 / 出入境證明 5. 其他保險公司 / 機構發出之賠償細算表			

To be completed for claims under Benefit 10- Home Damage and Loss 如申請賠償類別為10-『家居損失』適用

1) DETAILS OF LOSS 損失詳情

a. Date & time of loss: 損失日期及時間 _____ b. Place of loss: 損失地點 _____

c. Briefly describe the circumstances: 簡述損失發生情形 _____

d. If the loss is covered by other insurance, please state the name of the insurance provider, the nature of insurance & policy No. 如有其他保險保障是項損失，請列明該保險公司名稱、保險類別及保單號碼 _____

e. Person who discovered the loss or witness name, contact address & telephone: 發現此事者或証人之名稱、聯絡地址及電話 _____

f. Name & address of Police / Fire Station where loss is reported, if any: 報案警署／消防局地址 (如有報案) _____

g. Date & Time of Report: 報案日期及時間 _____ h. Report No.: 案件編號 _____

2) FOR THEFT / BURGLARY LOSSES 關於盜竊／爆竊事件
 How was the premises being entered and exited? Is there any visible mark of forcible entry to the premises? Please give complete details and photos. 此樓宇／單位如何被進入及離開？有否可見的痕跡？請詳細說明及提供相片。 _____

3) SCHEDULE OF LOSS 損失詳情

Description of Article 受損財物詳細資料	The owner's name and Address 物主姓名及地址	Date, Vendor and address of Purchase 購買日期、商號及地址	Purchase Price (Provide original receipts) 購買金額 (請附上單據正本)	Claim Amount 索償金額
總索償額 Total Claim Amount				

4) Please provide full details of all claims made against any insurance company in the past 5 years, if any. 於過去五年內，閣下有否申請索償？如有，請詳細說明。 _____

To be completed for claims under Benefit 11- Purchase Damage and Loss 如申請賠償類別為11-『購物損失』適用

SCHEDULE OF DAMAGE AND LOSS 損失詳情

1) Description of Article 受損財物詳細資料 _____

2) Date, Vendor and Address of Purchase 購買日期、商號及地址 _____

3) Date, Time and Place of Damage / Loss 損失日期、時間及地點 _____

4) Please State The Circumstances of Damage / Loss In Details 請詳述損失物品之經過及細節 _____

5) Payment Card No. Visa _____ Amount Claimed 索償金額 _____
 付款卡號碼 Master _____

6) Name & Address of Police Station where loss is reported, if any 報案警署及地址 (如有報案) _____

7) Date & Time of Report 報案日期及時間 _____

8) Report No. 案件編號 _____

9) Total Claim Amount 總索償額 _____

To be completed for claims under other benefits 如申請其他賠償類別適用

Benefit Type 賠償類別	Date (MM / DD / YY) 日期 (月／日／年)	Time (am / pm) 時間 (上午／下午)	Place 地點	Nature of expenses 費用性質	Claimed Amount with Currency 索償金額及其貨幣
a.					
b.					
c.					

PART II - DECLARATION AND AUTHORIZATION - TO BE SIGNED BY THE INSURED / CLAIMANT
第二部份－聲明及授權－由受保人或申請人簽署

I / We declare that the answers given in this form are true and complete.

I confirm that I have read and understood the AIA Personal Information Collection Statement ("AIA PIC"). On behalf of myself and my covered dependents (if applicable), I declare and agree that any personal data and other information relating to me or my covered dependents (if any) or my / our policy(ies) or investments contained in this enrollment form or collected, obtained, compiled or held by AIA by any means from time to time may be collected and utilized in accordance with the AIA PIC. I acknowledge and consent to the transfer of my personal data (and that of my covered dependents, if any) outside of Hong Kong for the purposes and to the types of transferee as set out in the AIA PIC.

The updated version of AIA PIC is available for download from its website: www.aia.com.hk, and is made available upon request.

I / We also hereby irrevocably authorize:

- any organization, institution, or individual that has any record or knowledge of my / the insured's employment, sick leave records, accident or loss details (of any sorts), health and medical history or any treatment or advice that has been or may hereafter be consulted to disclose to AIA such information. This authorization shall bind my / the insured's successors and assignees and remain valid notwithstanding my / the insured's death or incapacity in so far as legally possible. A photocopy of this authorization shall be as valid as the original.
- AIA or any of its approved medical examiners, or laboratories to perform the necessary medical assessment and tests to underwrite and evaluate my / the insured's health status in relation to this application and any claim arising therefrom. These tests may include, but are not limited to, tests of cholesterol and related blood lipids, diabetes, liver or kidney disorders, acquired immune deficiency syndrome (AIDS), infection by any human immunodeficiency virus (HIV), immune disorder or the presence of medications, drugs, nicotine or their metabolites

I / We hereby agree with and authorize AIA to deduct the reimbursement of claims payment in the event that I, and / or my dependents, have any shortfall amount, for whatever reason, due to AIA.

本人／我們聲明本申請書每一項答案為完全和真確。

本人確認本人已閱讀及明白AIA個人資料收集聲明（「AIA個人資料收集聲明」）。本人及本人謹代表的受保家屬(如適用)等聲明及同意在本申請所載或AIA不時以任何方法收集所得、編製或持有的任何個人資料及關於本人或本人的受保家屬(如有)或本人的保單或投資的其他資料，可根據AIA個人資料收集聲明收集及使用。本人知悉及同意就AIA個人資料收集聲明所述目的轉讓本人(和本人的受保家屬(如有))的個人資料至香港境外予AIA個人資料收集聲明所載的資料承讓人。

AIA個人資料收集聲明的最新版本可於AIA網址下載: www.aia.com.hk, 及可向AIA索取。

本人／我們茲授權：

- 任何知悉或擁有本人／受保人之工作、病假記錄、意外或損失（任何類別）之詳情、健康狀況及病歷或任何治療或諮詢記錄及曾為或將為本人／受保人診治之機構、組織或人仕、向友邦保險透露有關資料，不得撤回。即使本人／受保人死亡或喪失能力，此授權書仍然存有法律效力，而本人／受保人之繼承人及轉讓人亦會受此授權書約束。此授權書之正本與副本同屬有效。
- 友邦保險或任何其認可之驗身醫生或化驗所，本人／受保人進行所需之醫療評估及測試，並對本人／受保人之健康狀況進行審核及評估，作為處理本申請及其後與之有關的賠償事宜，不得撤回。此等化驗會包括，但並不限於膽固醇及有關之血脂肪、糖尿病、肝或腎功能失常、愛滋病或感染人體免疫力缺乏病毒、免疫系統失常或體內藥物、毒品、尼古丁及其代謝品含量等化驗。

本人／我們同意及授權友邦保險於賠償金額上扣除本人及／或本人家屬尚未清還友邦保險之任何欠款。

Signature of Witness
見證人簽署

Name: HKID Card No.
姓名 香港身份證號碼

Date:
日期

Signature of Insured / Claimant (see remarks)
受保人／申請人簽署 參看註解

Name: HKID Card No.
姓名 香港身份證號碼

Date:
日期

Remarks 註解：

This declaration and authorization must be signed by the insured. If the insured is a minor, the insured's parent / legal guardian can sign on his / her behalf.
此聲明及授權書必須由受保人簽署，若受保人為小童，則可由其家長／合法監護人簽署。

Please complete the following information if the signature is not given by the insured.
若簽署者非受保人，請填寫這欄

Name (in BLOCK Letter)
姓名（正楷書寫）

Relationship with the Insured
與受保人關係

Remarks: "AIA" refers to AIA International Limited (incorporated in Bermuda with limited liability)
備註：「友邦保險」是指友邦保險（國際）有限公司（於百慕達註冊成立之有限公司）