



Memo

Attn: **Claims Department (11/F AIAFC)**

From:

Copy:

Dept:

Tel:

Tel:

Fax:

Fax: -

Date:

Total page:

Subject: **SUPPLEMENTARY INFORMATION OF CLAIMANT 索償人附加資料**

| | | | |
|---------------------------------------|--|---|--|
| Policy Number 保單號碼 | | Name of Insured 受保人姓名 | |
| Agent/Broker's Name 營業員/經紀姓名 | | Agent/Broker Code 營業員/經紀號碼 | |
| Agent/Broker's Tel. No. 營業員/經紀聯絡電話 | | Agency/Broker Name/Area Code 營業員/經紀組別/區域編號 | |

Information of Claimant 索償人資料

| | | | |
|---|---|---|---|
| Name in Full 全名 | | ID card / Passport No. 身份證/護照號碼 | |
| Date of Birth 出生日期 | MM / DD / YYYY | Nationality 國籍 | |
| Current Permanent Address 現時永久地址 | *U.S. Citizens or Residents, please provide U.S. Social Security Number (SSN) under "Other Information" 美國公民或居民請於 "其他資料" 填寫美國社會保障號碼 | | |
| Occupation / Business 現職/行業 | | Tel. no. 電話號碼 | |
| | | U.S. Tel. No. 美國電話號碼 | |
| Relationship with the Deceased 與死者關係 | | By what title are you submitting this claim? 以何名義申請賠償? | <input type="checkbox"/> Beneficiary 受益人 <input type="checkbox"/> Legal Guardian / Parent 監護人/家長 <input type="checkbox"/> Others 其他 |
| Check Settlement Option 支票賠償方法 | <input type="checkbox"/> Hong Kong Dollar 港元 <input type="checkbox"/> Policy Currency 保單貨幣 | | |
| *Other Information 其他資料 | | | |

f. I / We represent that I am / we are NOT a U.S. person for purposes of U.S. federal income tax and that I am / we are not acting for, or on behalf of, a U.S. person. I / We understand that AIA, believing this statement to be true, will rely on it and act on it. I / We agree to indemnify AIA in respect of any false or misleading information regarding my / our nationality, residence or tax status.

就美國聯邦薪俸稅之有關事項而言，本人/我們聲明本人/我們並非"美國人"，及並不代表美國人行事。本人/我們明白，友邦保險相信此陳述是真實的，並以此為依據及代為行事。就有關本人/我們之國籍、居住地或稅務狀況，如有任何虛假或誤導性資料，本人/我們同意對友邦保險作出賠償。

* Clause (f) above is not applicable to U.S. citizens or residents, who must complete the section below.
美國公民或居民必須填寫以下部份，而以上 (f) 之有關條款並不適用。

C U C U C C CC C U C C C C S U C C U C C
C C U U S C C C U U C C C U U C C U U
C C U U C U C C C C C U C C U C U C C
; ii) , , 美國 之有關 而 , 美國 。 iii) ,) / /



Signature of Witness 見証人簽署 _____

Signature of Claimant 索償人簽署 _____

(Please do not sign on blank form and use the signature on our file, if applicable. 請勿在空白表格上簽署，並確保(如適用)簽名與保單申請書一致)

Name 姓名 _____

Name 姓名 _____

Date 日期 _____

Date 日期 _____