

遺失醫療收據正本聲明

致：友邦保險（國際）有限公司
九龍太子道東 712 號
友邦九龍金融中心 9 樓
團體業務部

傳真號碼：(852) 3118 9012

僱主名稱：_____

團體保單號碼：_____

索償資料： 僱員姓名 _____

病人姓名 _____

成員編號 / 身份證號碼 _____

診症日期 (月月/日日/年年)	診症金額 (港元)	診斷病症

本人現聲明以上診症之收據正本已遺失。該次診症之費用並未有向任何保險公司索償。亦不會向其他保險公司索償。

受保成員(僱員) 姓名及簽署

日期：