

**ZURICH**<sup>®</sup>

蘇黎世

私人及保密文件

**賠償申請表 (死亡 / 付款人保障)**

請填寫下列各項

營業員姓名 _____	營業員編號 _____
所屬區域 _____	電話號碼 _____

**1. 保單資料**

保單編號 _____	保單持有人姓名* _____
死者姓名* _____	死者香港身份証 / 護照號碼 _____
<input type="checkbox"/> 保單持有人 <input type="checkbox"/> 受保人 (請於適當空格內加上'✓'號) * 請以身份証上的名字為準	
(1) 索償人姓名* _____	索償人香港身份証 / 護照號碼 _____
(2) 索償人姓名* _____	索償人香港身份証 / 護照號碼 _____
(3) 索償人姓名* _____	索償人香港身份証 / 護照號碼 _____
(4) 索償人姓名* _____	索償人香港身份証 / 護照號碼 _____
<input type="checkbox"/> 保單持有人 <input type="checkbox"/> 受益人 <input type="checkbox"/> 信託人 <input type="checkbox"/> 受讓人 <input type="checkbox"/> 遺囑執行人 <input type="checkbox"/> 遺產承辦人 (請於適當空格內加上'✓'號)	
索償人住址 _____	
索償人與死者關係 _____	聯絡電話號碼 _____

1. 死者最後之工作性質，僱主及公司地址 (若與保單申請時之職業不同)	2. 死者生前所投保之其他保險公司
-------------------------------------	-------------------

**2. 有關疾病或傷勢之詳情及過往健康記錄**

1. 死亡日期	2. 死亡地點及國家	3. 死亡原因及經過
4. 請列出受保人過往經常就診之醫生或醫院名稱		5. 如事件已交由警方處理，請提供警署名稱及檔案編號

**3. 賠償資料**

吾/吾等要求將有關賠款之貨幣轉為  港元  美元  英鎊 (請於其中一空格內加上'✓'號)

**4. 所需文件**

1. 死亡証正本\* 2. 死者及索償人身份証正本\*(如以前未曾提供) 3. 証實死亡之醫療報告(只限於生效年期少於兩年之保單)  
 4. 保單正本或遺失保單聲明書 5. 由法庭頒發之遺產承辦證明書或遺囑檢定\*(只限於保單沒有指定之受益人)  
 \* 須經本公司理賠部(人壽業務)或本公司接納授權人作核實副本。

**5. 聲明及授權**

1. 本人/吾等為上述索償人現就上述保單作出賠償申請，及聲明本人/吾等有合法資格受益於此保單之所有賠款，吾/吾等並授與本公司保險集團 對此賠款作最後之決定。(只適用於死亡賠償)  
 2. 本人/吾等在此授權任何醫院醫療專業人士、內外科醫生、保險公司或機構及凡持有死者資料之人士，可向本公司或其授權代表披露有關死者資料包括，健康狀況、過往之病歷、病狀、入院記錄、診治建議、治療方法、調查結果、在職記錄或其他保單資料及賠償記錄等。  
 3. 本人/吾等亦同意本公司使用本人或死者之身份證明文件副本以作上述查詢用途，此授權書之影印本亦屬有效。  
 4. 本人/吾等在此聲明及同意一切由本公司從這投保表格或其他方式所收集或持有的個人資料，均可供本公司使用或向在香港境內或境外之任何人士或機構披露作以下用途：1) 評核此項申請，2) 提供保險及客戶服務，3) 處理保險的索償或有關之分析。  
 5. 索償人有權查閱及要求更改由本公司所持有有關他們的任何個人資料。任何關於個人資料查閱或更改之要求，可向本公司之個人資料私隱主任提出，地址為香港港島東華蘭路18號港島東中心24-27樓。

日期 : \_\_\_\_\_ 受保人/索償人簽署 : \_\_\_\_\_

**Zurich Insurance Group (Hong Kong)**

24-27/F, One Island East, 18 Westlands Road, Island East, Hong Kong

Life Claims Hotline: (852) 2535 3502 Fax: (852) 2105 3403 http://www.zurich.com.hk