

私人及保密文件

## 賠償申請表 (免繳保費權益保障)

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 _____	
<b>1. 保單資料</b>		
保單編號 _____	保單持有人姓名* _____	
豁免保費受保人姓名* _____	豁免保費受保人香港身份証 / 護照號碼 _____	
索償人姓名* _____	索償人香港身份証 / 護照號碼 _____	
(索償者若非受保人本人, 請填寫此欄) * 請以身份証上的名字為準		
豁免保費受保人/索償人住址 _____		
索償人與豁免保費受保人關係 _____	聯絡電話號碼 _____	
1. 豁免保費受保人現時之工作性質, 僱主及公司地址 (若與保單申請時之職業不同)	2. 豁免保費受保人所投保之其他保險公司	
<b>2. 有關疾病或傷勢之詳情及過往健康記錄</b>		
1. 診斷或意外日期	2. 診斷結果或受傷部位	3. 如事件已交由警方處理, 請提供警署名稱及檔案編號
4. 請列出因此疾病或意外受傷而就診之醫生或醫院名稱		5. 請列出受保人過往經常就診之醫生或醫院名稱
<b>3. 賠償資料</b>		
吾/吾等要求將有關賠款之貨幣轉為 <input type="checkbox"/> 港元 <input type="checkbox"/> 美元 <input type="checkbox"/> 英鎊 (請於其中一空格內加上'✓'號)		
<b>4. 所需文件</b>		
1. 豁免保費受保人及索償人身份証正本* (如以前未曾提供)      2. 豁免保費醫療報告申請表*      3. 病 / 傷假證明書正本*		
* 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。		
<b>5. 聲明及授權</b>		
1. 本人/吾等為上述豁免保費受保人/索償人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豁免保費受保人資料之人士, 可向本公司保險集團或其授權代表披露有關豁免保費受保人資料包括, 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。		
2. 本人/吾等亦同意本公司使用本人或我們家屬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。		
3. 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仕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。		
4. 本人/吾等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 : _____ 豁免保費受保人/索償人簽署 : _____		