

填寫意外索償表格第一部份指引

提示:

- ◆ 索償表格之日期以月/日/年表示
- ◆ 請對不適用之問題填上回覆(如「沒有」或「不適用」)
- ◆ 請填寫及簽署索償表格第一部份之背頁「聲明及授權」
- ◆ 索償表格第一部份煩請完整填寫。如有遺漏，或會延長索償審核時間
- ◆ 如有任何資料修改，請於修改部份旁加簽並寫上修改日期

請提供確切受傷部位
如左肘、右膝

傷勢
(如扭傷、撞傷)

A. INSURED INFORMATION 受保人資料				
Policy no. 保單號碼	Name of Insured 受保人姓名	ID card no. 身份證號碼	Age 年歲 Sex 性別	Mobile no. 手提電話號碼
Correspondence address 通訊地址				<input type="checkbox"/> New claim 首次索償 <input type="checkbox"/> Further claim 再度索償 <input type="checkbox"/> Reply document 回覆文件 <input type="checkbox"/> Review / Appeal 覆審 / 覆核
Present occupation 現職	Name & address of employer 僱主名稱及地址			
B. DETAILS OF ACCIDENT 意外詳情				
1. Date, time and place of accident 意外日期、時間及地點 MM/DD/YY 月/日/年 <input type="checkbox"/> AM 上午 <input type="checkbox"/> PM 下午 Place 地點		2. Part of body injured 受傷部位		3. Type of injury (e.g. sprain, contusion, cut injury) 傷勢 (例如: 扭傷、挫傷、切傷)
4. How did the accident happen 意外發生經過				
5. Did the Insured admit into a hospital for this accident 有否就是次意外住院 <input type="checkbox"/> No 沒有 <input type="checkbox"/> Yes 有 From 由 MM/DD/YY 月/日/年 To 至 MM/DD/YY 月/日/年 Name of hospital 醫院名稱 Period of home leave during hospitalization 住院期間請假外出日期 <input type="checkbox"/> No 沒有 <input type="checkbox"/> Yes 有 From 由 MM/DD/YY 月/日/年 To 至 MM/DD/YY 月/日/年				
6. Was the accident reported to the police 有否就是次意外報警 <input type="checkbox"/> No 沒有 <input type="checkbox"/> Yes 有, please provide name of the police station, reference number and copy of police report / statement 請提供報案警署名稱、報案號碼及警察報告 / 口供紙				
7. Consultation details 就診詳情		Consultation date (MM/DD/YY) 就診日期 (月/日/年)		Name and address of doctor / hospital 醫生 / 醫院名稱及地址
(a) The doctor / hospital first consulted for this injury 首次就診此傷患之醫生 / 醫院資料		_____		_____
(b) Other doctor / hospital seen for this injury 其他曾診治此傷患之醫生 / 醫院資料		_____		_____
8. Did you submit a claim for any Social Welfare compensation for this accident 有否因此意外申請社會保障賠償 <input type="checkbox"/> No 沒有 <input type="checkbox"/> Yes 有, please give details 請提供詳情				
9. Are you making any other insurance claim regarding this accident 有否向其他保險公司就是次意外提出索償 <input type="checkbox"/> No 沒有 <input type="checkbox"/> Yes 有, please provide 請提供 _____ name of the insurance company(ies) 保險公司名稱 policy number(s) 保單號碼				

請提供事發
詳細經過