

填寫住院索償表格第一部份指引

- ◆ 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

住院期間曾離院外出日期

家庭醫生或慣常求診之診所 / 醫院

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 HOSPITALIZATION 住院詳情				
1. Hospitalization period 住院日期 <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 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		2. Are you making any other insurance claim regarding this hospitalization 是否向其他保險公司就是次住院提出索償 <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		
3. Consultation details 就診詳情 (a) The doctor / hospital first consulted for this illness / injury 首次就診此傷病之醫生 / 醫院資料 (b) The doctor / hospital which referred the Insured to hospital 建議入院之醫生 / 醫院資料 (c) Other doctor / hospital seen for this illness / injury 其他曾診治此傷病之醫生 / 醫院資料 (d) Usual doctor / hospital for general illnesses 慣常診治一般疾病的醫生 / 醫院資料		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		
C. HOSPITALIZATION DUE TO ILLNESS 因病患住院		D. HOSPITALIZATION DUE TO ACCIDENT 因意外受傷住院		
1. Describe the symptoms 詳述病徵 2. When did the symptoms first appear 上述徵狀何時首次出現 MM/DD/YY 月/日/年 3. Was the condition a recurrent episode or a chronic disease 上述之情況是否舊病復發或慢性疾病 <input type="checkbox"/> No 否 <input type="checkbox"/> Yes 是, Date of first attack 首次發病日期 MM/DD/YY 月/日/年 Disease details 病況資料		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. How did the accident happen 意外發生經過 3. Part of body injured and type of injury 受傷部位及傷勢 4. 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 and reference number 請提供報案警署名稱及報案號碼 Please provide copy of police report / statement 請提供警察報告 / 口供紙		

請提供事發詳細經過

- 請提供確切受傷部位(如左肘)
- 傷勢(如扭傷、撞傷)

Note: Please delete, cross out or put "NA" for question (if applicable) 請刪除或於問題註明「不適用」(如適用)

過往病況詳情(如診斷、求診醫生 / 醫院名稱及聯絡)