



旅遊保險索償表格

備注：所有索償申請須於事故發生後三十天內遞交豐隆保險(亞洲)有限公司。

保單持有人姓名: _____ 保單/證書號碼: _____
索償者姓名: _____ 與保單持有人關係: _____
年齡: _____ 職業: _____
聯絡電話: _____ 電郵地址: _____
住址: _____
旅程日期: 由 _____ 年 _____ 月 _____ 日 至 _____ 年 _____ 月 _____ 日

第二節 - 個人意外保障

- (一) 意外事件發生之日期、時間及地點: _____

- (二) 意外事件發生的詳細經過: _____

- (三) 事件目擊者之姓名、電話及地址: _____

- (四) 傷勢描述: _____
- (五) 診治醫生/醫院之名稱及地址: _____

- (六) 報案警署名稱、地址及案件編號: _____

- (七) 意外引致的永久傷殘程度及索償總額: _____
- (八) 上述意外事故是否受保於其他保險合約? 是 / 否
如是, 請提供保險公司名稱及保單號碼: _____

備注: 請隨本表格附上有關證明文件正本, 包括醫療報告、醫療單據及警方報告等。

聲明及授權

- (一) 本人現聲明上述所填報的資料正確無訛。
- (二) 本人同意貴公司之「個人資料政策」會被引用。本人可以向貴公司索取或從網址 www.hl-insurance.com 下載有關政策。本人同意該政策(按不時之修正)適用於本人所有個人資料。本人現授權貴公司向/從任何豐隆集團成員或其他公司、機構、業務有關人士包括保險公司、信貸機構、金融機構、醫療保健相關機構等提供、收集並比較本人(及本人的家屬, 如適用)於本索償表格的個人資料, 並利用比較結果採取任何行動, 其可能不符合本人利益。本人理解本人有權要求查閱及更正貴公司持有有關本人之個人資料。此等查詢應向貴公司之資料保安主任提出。貴公司有權收取處理該查詢的合理費用。
- (三) 本人茲授權持有本人健康、投保資料、索償紀錄或任何有關資料之警方、醫院、診所、醫生、保險公司、提供服務者或其他人士/機構, 可以將部份或全部有關本人之傷患病歷、投保資料、索償紀錄、求診藥方或治療記錄及所有住院、醫療或其他記錄給予貴公司或其代理人。此授權書之影印本與正本具同等效力。發出此索償申請表並不代表貴公司接受本人之索償。

日期: _____ 索償者簽署: _____