



工作假期保險索償表格

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。

受保人姓名: _____ 保單/證書號碼: _____

年齡: _____ 聯絡電話: _____ 電郵地址: _____

工作假期臨時住址: _____

香港住址: _____

離港日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 返港日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

第一及第二節-醫療及有關費用

(一) 意外事件/疾病發生之日期、時間及地點: _____

(二) 意外事件發生的詳細經過: _____

(三) 意外事件目擊者之姓名及地址: _____

(四) 傷勢描述/疾病名稱: _____

(五) 診治醫生/醫院之名稱及地址	應診日期/住院期間	索償金額
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

(六) 索償總額: _____

(七) 是否還需要繼續接受治療? 是 / 否

(八) 上述索償項目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、登機証、旅遊證件之出入境記錄、工作假期簽證或相關文件等。

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: _____ 受保人簽署: _____