

家傭嚴重疾病保險索償表格

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: _____
聯絡電話: _____ 電郵地址: _____
居所地址: _____
家傭姓名: _____ 年齡: _____ 國籍: _____
受僱日期: _____ 在香港工作年期: _____

第一節 - 嚴重疾病醫療費用保障

- (一) 首次出現嚴重疾病的病徵及其確診日期: _____

(二) 請描述病者的病徵或病症情況: _____

(三) 嚴重疾病名稱: _____

(四) 診治醫生之姓名及地址 _____ 應診日期 _____ 索償金額 _____

(五) 索償總額: _____
(六) 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, 包括醫療報告及醫療單據。如須住院接受治療, 請交由醫生填寫本表格的乙部及提交有關的轉介信。

聲明及授權

- (一) 我/我們現聲明上述所填報的資料在各方面盡我/我們所知及所信均為正確無訛。
(二) 我/我們明白並且同意貴公司可:
(a) 收集、使用和披露我/我們(及我/我們的家屬, 如適用)及索償人的個人資料(包括但不限於信用資料和以往申索紀錄), 以用作處理我/我們的申請、調查和結清申索、以及偵測和防止欺詐行為(無論是否與就本申請而發出的保單有關)所需的目的; 及
(b) 把我/我們的個人資料轉移給以下人士, 而他們只能在有合理需要履行上述目的之情況下才可收集和使用這些資料: 包括但不限於保險理算人、代理和經紀; 僱主; 醫護專業人士; 醫院; 會計師; 財務顧問; 律師; 整合保險業申索和承保資料的組織; 防欺詐組織; 其他保險公司(無論是直接地, 或是通過防欺詐組織或本段中指名的其他人士); 自我規管或行業機構或保險業聯會; 理賠調查機構; 警察; 和保險業就現有資料而對所提供的資料作出分析和檢查的數據庫或登記冊(及其運營者)(合稱「該等人士」)。
(三) 我/我們並同意貴公司之「個人資料政策」(「該資料政策」)會被引用, 貴公司可按照該資料政策使用、披露及/或轉移我/我們的個人資料。我/我們可以向貴公司索取或從網址 www.hl-insurance.com 下載該資料政策。
(四) 我/我們茲授權該等人士或任何持有我/我們記錄或資料(包括但不限於健康、投保資料、索償記錄)之其他人士/機構, 可以將任何有關我/我們的個人資料及其他有關我/我們之病歷(如適用)、投保資料、索償記錄或有關我/我們保險、索償記錄所涉及之損失、損毀、盜竊或其他事故等資料及所有有關記錄之副本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我/我們之任何索償。
(五) 我/我們聲明及確認, 我/我們獲索償人適當授權向貴公司遞交本索償申請, 且我/我們就本索償申請向貴公司提供的所有有關索償人的資料包括個人資料均以合法途徑收集並獲索償人同意。我/我們進一步確認索償人同意受貴公司之「個人該資料政策」所約束並且同意貴公司按照以上列明之任何用途及貴公司之「個人該資料政策」使用及披露其個人資料。

日期: _____ 保單持有人簽署: _____ 家傭簽署: _____

PART 2 – TO BE COMPLETED BY THE ATTENDING PHYSICIAN 乙部 – 由主診醫生填寫

(1) Name of Patient (in full) 病人姓名(全名) :	H.K.I.D. Card No. 香港身份證號碼 :
(2) Name of Hospital 醫院名稱 :	
Date of Admission 入院日期 : _____ Date of Discharge 出院日期 : _____	
(3) Chief complaints of the patient relating to this hospitalization / surgery 此次住院 / 手術的主要病因 :	
(4) Diagnostic investigations / procedures performed 診斷性檢驗 / 程序名稱 :	
Final Diagnosis 診斷結果 :	
(5) Surgical operation performed 手術名稱 :	
Date of Operation 手術日期 :	
(6) Brief discharge summary including etiology, treatment, prognosis and any complications and / or follow up plan : 出院摘要包括病因、治療法、預後情況、任何併發症與及跟進治療方案 :	
(7) The date on which the signs and symptoms first appeared or the accident occurred 有關症狀首次出現或意外發生的日期 : Please state the signs and symptoms 請詳述有關症狀 :	
(8) The date on which you first attended to the patient for this or similar condition 閣下首次替病人就此或同類病況診治的日期 :	
(9) The date on which the patient first received consultation for this or similar condition 病人首次就此或同類病況求診的日期 :	
(10) Was this condition a recurrent episode or in anyway associated with a similar condition that the patient had before? If yes, please give details as below: 病人之病況是否再次復發或是與其過往曾患有的同類病況有關連? 如是, 請列出有關資料如下: No 不是 ☐ Yes 是 ☐ Date of Onset 首次病發日期 _____ Name of Attending Doctor 主診醫生姓名 _____ Symptoms and Diagnosis 症狀及診斷結果 _____	
(11) Was the patient's condition caused by or in anyway associated with the conditions mentioned below? 病人之病情是否由下列情況所導致或有關連? (a) Congenital anomalies or deformities 先天異常 (b) Sterilisation, contraception or treatment relating to birth control 不育、避孕或節育 (c) Disorders of the mind, psychotic or neurotic 精神錯亂 (d) Rest cure or sanitary care 休養治療或衛生上的照料 (e) Drug addiction or alcoholism 酗酒或酗酒 (f) Cosmetic treatment or plastic surgery 美容或整容手術 (g) Eye refraction or hearing aids 視力或聽力幫助 (h) AIDS related, venereal disease or sexually transmitted disease 愛滋病, 性病或由性接觸而傳染的疾病 No 不是 ☐ No 不是 ☐ No 不是 ☐ No 不是 ☐ No 不是 ☐ No 不是 ☐ No 不是 ☐ No 不是 ☐ Yes 是 ☐ Yes 是 ☐ Yes 是 ☐ Yes 是 ☐ Yes 是 ☐ Yes 是 ☐ Yes 是 ☐ Yes 是 ☐ If yes, please give details 如是, 請詳述: _____	
(12) Was the patient referred by another doctor? If yes, please give details as below: 病人是否經其他醫生轉介? 如是, 請列出有關資料如下: No 不是 ☐ Yes 是 ☐ Date of Referral 轉介日期 _____ Name of Referral Doctor 轉介醫生姓名 _____ Address of Referral Doctor 轉介醫生地址 _____	
(13) Was the hospitalization medically necessary? If yes, please give reasons as below : 是次入院是否醫療所需? 如是, 請詳述原因如下 : No 不是 ☐ Yes 是 ☐	
_____ Name of Attending Physician / Specialist (with qualifications) 主診 / 專科醫生的姓名 (資歷) _____ Signature of Attending Physician / Specialist 主診 / 專科醫生簽名 _____ Address 地址 _____ Telephone 電話 _____ Date 日期	