

寵物保險索償表格

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: _____
寵物名稱: _____ 性別: _____ 寵物種類: 貓 / 狗 年齡: _____
寵物品種: _____ 晶片號碼: _____

索償項目 (請以✓號選擇適當項目)

醫療費用 最後道別援助 臨時照顧支援 延伸海外保障

索償資料

(一) 意外事件發生之日期、時間及地點或首次出現疾病的病徵及其確診日期: _____

(二) 請描述意外發生的詳細經過或病徵或病症情況: _____

(三) 傷勢描述/疾病名稱: _____

(四) 診治獸醫之姓名及地址	應診日期	索償金額
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

(五) 死亡原因(如適用): _____ 安樂死原因(如適用): _____

(六) 醫療費用索償總額: _____
最後道別援助索償總額: _____
臨時照顧支援索償總額: _____

(七) 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。如須申請其他費用, 請提交有關的費用單據。

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: _____

PART 2 – TO BE COMPLETED BY THE ATTENDING VETERINARIAN

乙部 – 由主診獸醫填寫

(1) Name of Pet 寵物姓名:	Microchip No. 晶片號碼:
(2) Name of Clinic / Hospital 獸醫診所 / 醫院名稱: Date of Admission 入院日期: _____ Date of Discharge 出院日期: _____	
(3) Nature of injury / sickness 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) Breakdown of treatment costs for each condition (HK\$) 有關症狀的治療費用明細 (HK\$):	
Consultation 診症 \$	Medication 藥物 \$
Room and Board 住房 \$	Surgical Fee 手術費用 \$
X-Ray, Ultrasound and Lab Tests Fee X光、超聲波檢查及化驗費用 \$	Anaesthesia 麻醉師費用 \$
Euthanasia 安樂死費用 \$	Operation Theatre Fee 手術室費用 \$
Vaccination 接種疫苗 \$	Prosthesis or Wheelchair Expenses 義肢及輪椅費用 \$
Others / Miscellaneous Expenses 其他 / 雜項費用 \$	Total 總共 \$
(8) 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:	
(9) How long has this pet been a patient of your clinic / hospital? 該寵物在閣下的診所 / 醫院就診有多久? Less than 3 months 少於三個月 <input type="checkbox"/> More than 3 months 多於三個月 <input type="checkbox"/> The date on which you first attended to the Pet for this or similar condition 閣下首次替該寵物就此或同類病況診治的日期:	
(10) The date on which the Pet first received consultation for this or similar condition 寵物首次就此或同類病況求診的日期:	
(11) Was this condition a recurrent episode or in anyway associated with a similar condition that the Pet had before? If yes, please give details as below: 寵物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 <input type="checkbox"/> Yes 是 <input type="checkbox"/> Date of Onset 首次病發日期 Name of Attending Veterinarian 主診獸醫姓名 Symptoms and Diagnosis 症狀及診斷結果	
(12) Was the Pet's condition caused by or in anyway associated with the conditions mentioned below? 寵物之病情是否由下列情況所導致或有關連? (a) Hereditary and congenital conditions 遺傳性及先天性疾病 No 不是 <input type="checkbox"/> Yes 是 <input type="checkbox"/> (b) Pregnancy, birth or breeding 懷孕、分娩或配種或繁殖 No 不是 <input type="checkbox"/> Yes 是 <input type="checkbox"/> (c) Spaying and neutering 絕育及結紮 No 不是 <input type="checkbox"/> Yes 是 <input type="checkbox"/> (d) Medical conditions that can be prevented by vaccinations 可以透過疫苗預防的疾病 No 不是 <input type="checkbox"/> Yes 是 <input type="checkbox"/> (e) Vaccination, routine examinations, microchipping 接種疫苗、例行檢查或植入晶片 No 不是 <input type="checkbox"/> Yes 是 <input type="checkbox"/> (f) Routine removal of dew claws, killing and controlling fleas, treating round worms and tapeworms 例行拔除狼爪、滅蚤及防蚤、杜蟲 No 不是 <input type="checkbox"/> Yes 是 <input type="checkbox"/> (g) Grooming and nail clipping 美容及修甲 No 不是 <input type="checkbox"/> Yes 是 <input type="checkbox"/> If yes, please give details 如是, 請詳述:	
(13) Was the Pet referred by another veterinarian? If yes, please give details as below: 寵物是否經其他獸醫轉介? 如是, 請列出有關資料如下: No 不是 <input type="checkbox"/> Yes 是 <input type="checkbox"/> Date of Referral 轉介日期 Name of Referral Veterinarian 轉介獸醫姓名 Address of Referral Veterinarian 轉介獸醫地址	
(14) Was the treatment medically necessary? If yes, please give reasons as below: 是次治療是否醫療所需? 如是, 請詳述原因如下: No 不是 <input type="checkbox"/> Yes 是 <input type="checkbox"/>	
Name of Attending Veterinarian (with qualifications) 主診獸醫的姓名 (資歷)	Address 地址
Signature of Attending Veterinarian 主診獸醫簽名	Telephone 電話
	Date 日期