



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) 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：_____ 受保人簽署：_____