



保單編號

安盛保險 (百慕達) 有限公司  
 安盛金融有限公司  
 安盛財富管理 (香港) 有限公司  
 客戶服務中心  
 香港銅鑼灣勿地臣街 1 號  
 時代廣場 2 座 20 樓 2001 室  
 ☎ (852) 2802 2812  
 ☎ (852) 2598 7623  
 @ [customer.services@axa.com.hk](mailto:customer.services@axa.com.hk)  
 □ [www.axa.com.hk](http://www.axa.com.hk)

## 身故索償申請表 II

### 重要事項：

閣下的病人為本公司的被保人而他 / 她的健康出現了某種狀況。請閣下詳細填寫此申請表並盡可能提供一切有關資料，以便本公司審核此索償。閣下的協助可使本公司加快索償安排。

### 1. 病人資料

|                               |   |                               |            |
|-------------------------------|---|-------------------------------|------------|
| 病人姓名 (被保人)                    |   | 香港身份證 / 護照號碼                  |            |
| 病人是否有以下習慣？<br>如“是”，請列明持續時間和用量 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |                               |            |
|                               | <input type="checkbox"/> 吸煙                           | <input type="checkbox"/> 服食藥物 |            |
|                               | <input type="checkbox"/> 飲酒                           | 持續時間 _____                    | 每天用量 _____ |

### 2. 身故有關診治記錄

|                |                       |                |  |
|----------------|-----------------------|----------------|--|
| 首次看診日期         | 日 ____ 月 ____ 年 _____ | 轉介這病人的<br>醫生姓名 |  |
| 首次看診時出現的<br>病徵 |                       | 這些病徵持續時間       |  |

### 3. 有關身故資料

|  |   |      |  |
|--|---|------|--|
| 身故日期   | 日 ____ 月 ____ 年 _____                                 | 身故地點 |  |
| 身故原因   |   |      |  |
| 若死因為意外導致，請提供詳情   |   |      |  |
| 事故日期及時間  | 日 ____ 月 ____ 年 _____ 時 ____ 分 ____ 秒 ____            |      |  |
| 事故詳情   |   |      |  |
| 是次死因是否由於復發性或慢性<br>疾病所引致？<br>如是，請提供詳細疾病資料   | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |      |  |
|  |   |      |  |
| 死因是否由下列原因引致？   |   |      |  |
| 以往的疾病及意外 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否<br>生活方式 (藥物, 酒精, 休閒活動) <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否<br>職業 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否<br>肝炎帶菌者 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否<br>愛滋病毒 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 請提供沒有於上述問題提及其他原因？                                     |      |  |
|  |   |      |  |

**4. 有關診治記錄**

| 病人過往是否患有任何嚴重、慢性或先天性的疾病？如有，請提供詳細資料  |           |    |    | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有 |  |
|------------------------------------|-----------|----|----|--|--|
|                                    |           |    |    |  |  |
| 病人過往是否患有其他疾病而並沒有於上述問題提及？如有，請提供詳細資料 |           |    |    | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有 |  |
|                                    |           |    |    |  |  |
| 就診或住院日期                            | 醫生姓名或醫院名稱 | 病徵 | 診斷 | 所接受的治療<br>(請列明已接受或將會進行的手術名稱)                           |  |
| 日 ____ 月 ____ 年 ____               |           |    |    |  |  |
| 日 ____ 月 ____ 年 ____               |           |    |    |  |  |

**5. 聲明及同意**

本人謹此聲明曾為病人作出診治，以上填報的各項資料乃本人基於以上的情況而提供意見。本人謹此聲明及同意上述一切陳述及問題的所有答案均為事實之全部並確實無訛。

| 醫生姓名 | 聯絡電話及地址              |
|------|----------------------|
|      |                      |
| 醫學資格 | 專業資格                 |
|      |                      |
| 醫生簽署 | 簽署日期                 |
|      | 日 ____ 月 ____ 年 ____ |