



保單編號

安盛金融保險 (香港) 有限公司
 澳門殷皇子大馬路 43-53A 號
 澳門廣場 20 字樓
 ☎ (853) 8799 2812
 @ ma.enquiry@axa.com.mo
 ㊦ www.axa.com.mo

嚴重疾病 / 傷病 / 意外 / 住院索償申請表 I

索償步驟：

- (1) 填寫索償表 (請勿在空白申請表上簽署)
- (2) 提供證明文件 (請參閱第 3 頁)
- (3) 提供被保人 / 保單持有人的身份證明文件副本並簽署 (若之前未曾提交)
- (4) 遞交索償表及以上文件給您的理財顧問或 AXA 安盛客戶服務中心

1. 被保人資料

姓名			
澳門身份證 / 護照號碼		國籍	
住宅地址 (如與保單持有人地址不同)			
永久地址 (如與上述地址不同)			

2. 是次索償類別

<input type="checkbox"/> 嚴重 / 非嚴重 / 早期嚴重疾病保障	<input type="checkbox"/> 意外保險	<input type="checkbox"/> 傷病入息保障 / 豁免保費	<input type="checkbox"/> 住院保障
--	-------------------------------	--	-------------------------------

3. 是次索償資料

基本資料	首次求診日期 / 意外發生日期	日 ____ 月 ____ 年 ____
	醫生姓名及地址	
	經常就診醫生之姓名及地址	
<input type="checkbox"/> 若由疾病導致	病徵 / 診斷	
<input type="checkbox"/> 若由意外導致	意外發生地點及日期	意外發生地點: _____ 日期: 日 ____ 月 ____ 年 ____
	意外詳情 (受傷部分及傷勢)	

4. 傷病入息保障 / 豁免保費索償補充資料

僱主名稱及地址			
傷殘 / 意外前的職業		傷殘 / 意外前的主要職務	
因是次傷殘 / 意外而停止工作日期	日 ____ 月 ____ 年 ____	復工日期	日 ____ 月 ____ 年 ____

5. 嚴重 / 非嚴重 / 早期嚴重疾病保障索償補充資料

直系親屬曾否患有相同或類似的疾病？	<input type="checkbox"/> 有	診斷日期	日 ____ 月 ____ 年 ____
		與該親屬的關係	
		疾病的性質	
<input type="checkbox"/> 沒有			

6. 賠款方法

如需於理賠處理後取回文件之核實副本，請於方格內加上「✓」。正本文件將不獲退還。

領取賠償支票及核實文件副本 (如需) 方法	<input type="checkbox"/> 由理財顧問轉交 <input type="checkbox"/> 郵寄通訊地址 <input type="checkbox"/> 於澳門服務中心領取
-----------------------	---

7. 美國公民聲明

適用於個人索償人	索償人是否美國公民或美國居民納稅人？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如是，請同時填交「資料補充一居民納稅人身份自證證明 (個人) (索償適用)」。 如否，但若閣下成為美國公民或美國居民納稅人，請立即 (且在任何情形下須於您成為美國公民或美國居民納稅人的三十日內) 通知本公司。
適用於非個人索償人	索償人是否美國實體或信託？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如是，請同時填交「資料補充一居民納稅人身份自證證明 (非個人) (索償適用)」及 (a) IRS W-8 表格如閣下為非美國實體或信託；或 (b) IRS W-9 表格如閣下為美國實體或信託。

8. 個人資料收集聲明

請登入本公司網頁 (www.axa.com.hk > 法律及私隱聲明 > 收集個人資料聲明 (澳門)) 下載或向本公司索取收集個人資料的聲明 (「該聲明」)，並細閱《該聲明》的詳細資料。

9. 聲明及授權

本人謹此代表本人及其他在此申請表提及之人士聲明及同意上述一切陳述及問題的所有答案，就本人 / 我們所知所信，均為事實全部並確實無訛；

本人謹此代表相關人士授權 (1) 任何僱主、註冊西醫、醫院、診所、保險公司、銀行、政府機構、或其他組織、機構或人士，凡知道或持有任何有關本人 / 我們之記錄，均可應貴公司要求將該等資料提供給貴公司；(2) 貴公司或任何其指定之驗身醫生、醫療人員或化驗所，可就此申請或任何與此有關之賠償申請替本人 / 我們進行所需之醫療評估及測試，作為審核本人 / 我們之健康狀況。此授權對相關人士之繼承人及受讓人具有約束力；即使相關人士死亡或無行為能力時，此授權仍具效力。此授權書的影印本與正本均有同等效力。

索償人簽署	日期 (日 / 月 / 年)

理財顧問資料				
姓名		編號		手機號碼


10. 所需文件指引


請提供下列文件。本公司有可能就個別情況要求進一步文件證明，以處理索償申請。


所需文件 (請 ✓ 您所提交的文件)		CI	ADW	HB
CI = 嚴重 / 非嚴重 / 早期嚴重疾病保障 ADW = 意外保險 或 傷病入息保障 / 豁免保費 HB = 住院保障				
基本文件	<input type="checkbox"/> 索償申請表 I 及 II <input type="checkbox"/> 被保人 / 保單持有人身份證明 / 護照文件副本並簽署 (若之前未曾提交) <input type="checkbox"/> 化驗 / X 光 / 電腦斷層掃描 / 磁力共振 / 病理檢驗報告 <input type="checkbox"/> 醫生轉介信	✓	✓	✓
	<input type="checkbox"/> 資料補充—居民納稅人身份自證證明 (個人 / 非個人) (索償適用) (適用於嚴重 / 非嚴重 / 早期嚴重疾病保障)	✓		
	<input type="checkbox"/> 病假紙 (包括診斷) <input type="checkbox"/> 醫療費用收據正本 <input type="checkbox"/> 住院收據及收費單正本 <input type="checkbox"/> 物理治療 / 職業治療報告		✓	✓
如適用:				
入住私家醫院	<input type="checkbox"/> 私家醫院出院摘要	✓	✓	✓
已有其他賠償	<input type="checkbox"/> 其他保險公司或機構發出的賠償細算表		✓	✓
由意外引起	<input type="checkbox"/> 警察報告或道路交通事故責任認定書	✓	✓	
僱員補償保險	<input type="checkbox"/> 由勞工處發出的「補償評估證明書」及「評估證明書」		✓	
代表被保人索償	<input type="checkbox"/> 書面通知如被保人無法在申請表簽署	✓	✓	✓
索償人為美國公民或美國居民納稅人或實體 / 信託	<input type="checkbox"/> 資料補充—居民納稅人身份自證證明 (個人 / 非個人) (索償適用) <input type="checkbox"/> IRS W-8 表格如閣下為非美國實體或信託 <input type="checkbox"/> IRS W-9 表格如閣下為美國實體或信託	✓		✓ 適用於 康綽住院 現金保障
澳門 / 香港 / 中國居民納稅人	<input type="checkbox"/> 稅務編號為澳門 / 香港 / 中國身份證編號	✓		

11. 聯絡我們

如果您有任何疑問，請聯絡我們

 (853) 8799 2812

 www.axa.com.mo

 ma.enquiry@axa.com.mo

AXA 安盛致力使您的保險索償過程輕鬆簡單。感謝您與我們投保。我們很高興為您服務。

此乃空白頁