



中國人壽保險(海外)股份有限公司 香港分公司

China Life Insurance (Overseas) Co. Ltd. Hong Kong Branch

免繳保費索償申請書

I.	保單號碼：	保戶姓名：	身份證號碼：
II.	就業情況：		
	1 現職職位及職務範圍（倘有兼職請列明）：_____		
	2 公司或僱主名稱及地址：_____		
	3 曾否向僱主遞交病假證明書	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
	4 最後工作日期：_____		
	5 何時恢復工作（如否，祈望何時可恢復工作）：_____		
	6 是否向勞工處申報	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
III.	因意外而導致喪失工作能力適用		
	1 意外日期及時間：_____		
	2 意外地點及經過：_____		
	3 受傷部位及傷勢：_____		
IV.	因疾病而導致喪失工作能力適用		
	1 所患疾病及描述其病徵：_____		
	2 首次就診前上述病徵已存在多久：_____		
	日期	醫生/醫院名稱及地址	
	3 首次就診醫生：	_____	_____
	4 推薦保戶入院醫生：	_____	_____
	5 入院日期：	_____	； 出院日期：_____
V.	是否受保於其他保險公司（如有，請列明）		
	保險公司名稱	保單編號	保 額
			保單生效日
VI.	保戶聲明及授權		
	本報告表所填寫的各項內容，均屬真實，可作為 貴公司賠償憑證之一，倘日後發現本表內容與事實不符，貴公司可不負任何責任，即使已給予賠款，貴公司仍保留追討責任的權利。		
	本人現授權任何註冊醫生、醫院、診所、或其他有關醫療機構、保險公司、其他組織及熟悉我健康情況之人仕均可以將我有關之健康資料、過往之病狀、病歷等向中國人壽保險(海外)股份有限公司說明。此授權書之影印本亦有效。		

		保戶/授權代表簽名	
	身份證號碼（申請人）：	聯絡電話：	日期：
	通訊地址（如有更改）：	_____	_____