



## 意外傷殘索償申請書

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.	因意外而導致傷殘：		
	1 意外日期及時間：_____		
	2 意外地點及經過：_____		
	3 受傷部位及傷勢：_____		
	4 傷殘程度：_____		
IV.	醫療記錄：		
	日期	醫生姓名 / 醫院名稱及電話號碼	
	1 首次就診醫生：_____	_____	
	2 推薦保戶入院醫生：_____	_____	
	3 入院日期：_____	出院日期：_____	
	4 住院診斷：_____	_____	
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		
	本申請書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、其他組織及熟悉本人健康情況之人仕，均可將本人有關之健康資料、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同樣有效。		
		_____	
		受保人/授權代表簽名	
	身份證號碼：_____	聯絡電話：_____	日期：_____
	通訊地址（如有更改）：_____		