



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)

## 傷病/意外/住院索償申請表 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。必須由主診醫生填寫，費用由索償人支付

### 索償類別

<input type="checkbox"/> 意外 (倍關懷 / 綜合意外 / 特級平安) (請填寫部 1,2,3,5 & 7)	<input type="checkbox"/> 殘疾收入 (請填寫部 1,2,3,5,6 & 7)	<input type="checkbox"/> 住院 (請填寫部 1,2,3,4,6 & 7)	<input type="checkbox"/> 殘疾豁免保險費 (請填寫部 1,2,3,5,6 & 7)	<input type="checkbox"/> 癌症治療 (請填寫部 1,2,3,4,6 & 7)
--	---	---	--	---

### 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？ 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"/> 飲酒 持續時間 _____	<input type="checkbox"/> 服食藥物  每天用量 _____

### 2. 有關是次疾病

首次看診日期	日 ____ 月 ____ 年 _____	醫生姓名	
首次看診時出現的病徵		這些病徵在首次看診前 持續時間	
診斷 (請提供測試確定該診斷)		國際疾病分類編碼 (ICD-10)	
意外發生日期	日 ____ 月 ____ 年 _____	受傷原因	
受傷的部位，性質和程度			
有明顯傷口嗎？如有，請在適當的空格填上別號並提供詳細資料	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有		
<input type="checkbox"/> 瘀傷	詳細資料：		
<input type="checkbox"/> 撕裂 / 擦傷 / 傷口 / 出血 / 骨折	詳細資料：		
<input type="checkbox"/> 其他，請註明 _____	詳細資料：		

請註明以下是否與是次事故有關。如有，請提供資料

自殘	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 沒有	如有，請註明
受酒精或精神藥物影響	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 沒有	
高危活動	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 沒有	
愛滋病或其他性病	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 沒有	
職業	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 沒有	
心理因素	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 沒有	
轉介這病人的醫生姓名及通訊地址			
醫生姓名		通訊地址	

## 3. 有關住院資料

醫院名稱			
入院日期 (日 / 月 / 年)	日 ____ 月 ____ 年 ____	出院日期	日 ____ 月 ____ 年 ____
出院時的診斷			
有做手術嗎？ 如有，請提供手術日期	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有		
	手術日期	日 ____ 月 ____ 年 ____	
手術名稱 / 類別			
有否接受手術以外的治療？ 如“有”，請提供治療的名稱 和日期	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有		
	治療名稱	日期	日 ____ 月 ____ 年 ____
上述治療能否以非住院形式進行？ 如“是”，請提供住院原因	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
上述住院是否用作與試驗或調查性質的治療、手術、供應物或其他醫療服務目的？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
出院撮要 (包括治療、診斷經過、結果、併發症及 / 或跟進計劃)			
病人是否於住院期間離院？如有，請註明該離院時段和原因			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有

## 4. 癌症 / 腫瘤相關疾病

病人是否患有腫瘤、惡性或癌前病變的情況？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如是，請提供詳細資料		
位置及器官	擴散至淋巴核	
病人曾否進行活組織檢查？如有，請提供日期及檢查結果	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有	
日期	活組織檢查結果	其他診斷檢查結果
日 ____ 月 ____ 年 ____		

治療種類	<input type="checkbox"/> 外科治療 <input type="checkbox"/> 化療 <input type="checkbox"/> 其他 _____	<input type="checkbox"/> 荷爾蒙治療 <input type="checkbox"/> 標靶治療	日期
			日 ____ 月 ____ 年 ____
請提供治療細節如藥物劑量，治療時間及其他治療類別和其副作用			
有關腫瘤是否已完全切除 / 根治？		所有有關治療的完成日期	日 ____ 月 ____ 年 ____

### 5. 有關傷病資料

請列明所有身體或精神損傷 - 其影響，受傷程度和持續時間 (請提供能力喪失程度鑑定證明文件)			
請提供以上傷勢的預後 (如適用)			
病人的職業和職業性質			
請列明病人喪失部分工作能力的時間	由 ____ 日 / 月 / 年	到 ____ 日 / 月 / 年	
請列明病人喪失全部工作能力的時間	由 ____ 日 / 月 / 年	到 ____ 日 / 月 / 年	
請選擇最接近申請者能力的方格	喪失該能力的日期	日 ____ 月 ____ 年 ____	
洗澡 (包括進入浴缸或其他洗澡方法)	<input type="checkbox"/> 不需要協助 <input type="checkbox"/> 偶爾需要協助或監察 <input type="checkbox"/> 大部分時間都需要協助 <input type="checkbox"/> 完全無法自行完成		
換 / 穿衣服	<input type="checkbox"/> 不需要協助 <input type="checkbox"/> 偶爾需要協助或監察 <input type="checkbox"/> 大部分時間都需要協助 <input type="checkbox"/> 完全無法自行完成		
進食	<input type="checkbox"/> 不需要協助 <input type="checkbox"/> 偶爾需要協助或監察 <input type="checkbox"/> 大部分時間都需要協助 <input type="checkbox"/> 完全無法自行完成		
如廁	<input type="checkbox"/> 不需要協助 <input type="checkbox"/> 偶爾需要協助或監察 <input type="checkbox"/> 大部分時間都需要協助 <input type="checkbox"/> 完全無法自行完成		
移動能力 - 從躺著到坐立	<input type="checkbox"/> 不需要協助 <input type="checkbox"/> 偶爾需要協助或監察 <input type="checkbox"/> 大部分時間都需要協助 <input type="checkbox"/> 完全無法自行完成		
活動能力 - 在同一層室內的活動能力	<input type="checkbox"/> 不需要協助 <input type="checkbox"/> 偶爾需要協助或監察 <input type="checkbox"/> 大部分時間都需要協助 <input type="checkbox"/> 完全無法自行完成		

## 6. 有關診治記錄

病人曾否患有相關疾病？如有，請提供就診日期，有關資料及診斷				<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 (請列明已接受或將會進行的手術名稱)
日 ____ 月 ____ 年 ____				
日 ____ 月 ____ 年 ____				
請問病人的親生父母，兄弟姐妹或子女在六十歲之前有患上以下疾病？ 如有，請在下面的表格清楚列明該疾病。 例如：乳癌，大腸癌，心臟病等等				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有
<input type="checkbox"/> 癌症 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 中風 <input type="checkbox"/> 阿茲海默症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 多囊性腎病變 <input type="checkbox"/> 其他遺傳性疾病				
親屬	診斷 / 狀況		病發年齡	

## 7. 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 ____