



CHUBB GROUP OF INSURANCE COMPANIES

FEDERAL INSURANCE COMPANY

Incorporated under the laws of Indiana, U.S.A., licensed to do business in the Hong Kong Special Administrative Region

2401, Harcourt House, 39 Gloucester Road, Wanchai, Hong Kong Tel: (852) 2861 3668 Fax: (852) 2861 2681
 香港灣仔告士打道 39 號夏慤大廈 24 樓 2401 室 電話號碼: (852) 2861 3668 傳真號碼: (852) 2861 2681

旅遊保險索償申請書

茲此聲明,填寫本申請表不代表聯邦保險公司已承諾了保險責任。投保人/受保人或索償人應正確詳細填寫此申請表,並將後頁所列索償所需的資料于索償事由發生 30 天內交回本公司賠償部。視案件性質,本公司有權要求進一步資料。每份申請表僅限一位申請索償人填寫。若此申請表的資料不足夠或提供之文件不完整有可能會導致您的索償處理受延誤或被拒絕。

投保人 / 受保人資料 (此部份必須填寫)

投保人/僱主(如適用)		保險單號碼	
受保人/僱員	職業/職位	身分證號碼	
通訊位址		聯繫電話	電郵地址
派駐城市/國家(如適用)	原居地	派駐日期	
索償人(如非受保人)	與受保人關係	身分證號碼	

旅遊行程 (此部份必須填寫)

旅遊性質 <input type="checkbox"/> 公幹 <input type="checkbox"/> 消閒度假 <input type="checkbox"/> 其他,請具體說明:	旅遊時段由	至
出發港口/機場	公共交通機構名稱/航班編號	日期及時間
過境港口/機場(如有)	公共交通機構名稱/航班編號	日期及時間
目的地/機場	公共交通機構名稱/航班編號	日期及時間
隨附文件 <input type="checkbox"/> 旅遊行程表/電子機票/登機證		

醫療費用/住院現金保障/入息津貼

發生意外或疾病開始的日期,時間及地點	傷勢/病況的診斷結果	索償金額 (請注明貨幣單位)
損傷 - 事故是如何發生的? 疾病 - 疾病的徵狀初次出現的日期?		
主診醫生名稱及地址		
如曾住院,請列出醫院/診所名稱及地址	住院時段由	至
證人的姓名及聯絡電話號碼(如適用)		

隨附文件

- ❖ **醫療費用**
 - 由註冊醫生/醫院發出的醫療報告/收據正本,並注明診斷結果
- ❖ **住院現金保障/入息津貼**
 - 由註冊醫生填寫的醫療報告正本,注明住院日數
 - 出院總結
 - 入息津貼 - 僱主發出的受保人在受傷或患病期間受雇的證明及其工資收入金額

行李/旅遊證件及金錢遺失

遺失/損壞日期, 時間及地點	警察局/酒店/航空公司等有關機構的名稱及聯絡地址/電話		
詳細描述事件發生的經過(如: 遺失物品擺放的位置,如何及何時發現物品已遺失等)			
索賠項目詳情:			
遺失/損壞物品	損失物品 購置日期	購買時價值 (請注明貨幣單位)	補領/更換/修理費用 (請注明貨幣單位)
隨附文件 <input type="checkbox"/> 有關機構(如警察局/酒店/航空公司等)發出的損失/損壞證明或報告正本; <input type="checkbox"/> 顯示物品受損程度的相片(如適用) <input type="checkbox"/> 購買收據/維修報價/旅遊證件補領收據等(請提供正本) <input type="checkbox"/> 從其他保險/責任方(例如航空公司)獲得的補償細目(如有)			

旅程取消/旅程縮短/旅程更改

	由: 地點 日期	至: 地點 日期
原定行程		
旅程取消/縮短/更改		
旅程取消/縮短/改變的原因		
如旅程取消或縮短的原因是因為受保人本人或受保人的直系親屬或親密生意夥伴死亡,受傷或患病,請提供以下資料:		
死亡,受傷或患病人名稱	與受保人關係	
傷病診斷	索償金額(請注明貨幣單位)	
隨附文件 ✧ 旅程取消/旅程縮短 <input type="checkbox"/> 顯示 已付費用/按金 或於行程開始後支付的額外公共交通工具費用/住宿費用的收據正本 <input type="checkbox"/> 旅行社/旅運當局發出之證明文件以確認 <input type="checkbox"/> 受保人取消行程 <input type="checkbox"/> 不獲退回的未使用旅費/已獲退款之金額 <input type="checkbox"/> 醫生證明受保人本人或受保人的直系親屬或親密生意夥伴身體狀況不宜旅遊(如適用) <input type="checkbox"/> 死亡證(如適用) <input type="checkbox"/> 傷患病人與受保人的關係證明(如適用) ✧ 行程更改 <input type="checkbox"/> 行程開始後支付的額外交通費用之正本 <input type="checkbox"/> 公共交通機構/旅行社發出的書面證明注明行程更改的原因		

旅程及行李延誤

旅程/行李延誤的原因:

航班於	港口/機場遭延誤	航班編號	日期及時間
在	港口/機場錯過接駁航班	航班編號	日期及時間
行李於	港口/機場遭延誤	收回行李的地點	日期及時間

購買緊急必需物品 (如適用)	購買日期	金額 (請注明貨幣單位)	收據正本(有/沒有)

- 隨附文件**
- 公共交通機構發出的書面證明注明行程或行李延誤的時間及原因
 - 購買緊急必需物品的收據正本(如適用)

人身意外 (死亡、傷殘或嚴重燒傷)

意外發生的日期,時間及地點

詳敘述意外發生的經過及所遭受的損傷

主診醫生名稱及地址

永久傷殘的程度(如適用)

死亡原因(如適用)

證人的姓名及聯絡電話號碼(如適用)

- 隨附文件**
- 有關機構的意外報告(如警察局/酒店/航空公司/活動主辦單位等) (如有)
 - 註冊醫生簽發受傷及永久傷殘程度的證明(如適用)
 - 死亡證/解剖報告副本(如適用)

家屬探望 / 員工替代

家庭成員 / 替代員工姓名

與受保人的關係

探望時段由 由 至

索償金額 (請注明貨幣單位)

- 隨附文件**
- 與受保人的關係證明
 - 公共交通工具費用/住宿費用的收據正本

個人責任

詳細描述意外發生的經過,日期,時間及地點

第三索償者姓名及聯絡電話號碼

證人的姓名及聯絡電話號碼(如有)

- 重要事項:**
- ❖ 如收到任何第三方對有關事件的索償要求, 法庭傳票, 通告及書命令或涉及任何法律訴訟, 應立即轉交本公司處理。
 - ❖ 未經本公司同意, 不得向第三方承認任何責任或達成和解或付款承諾。

- 隨附文件**
- 有關機構的意外報告(如警察局/其他地方當局/酒店/體育活動中心等)
 - 第三者要求賠償的文件、發票等
 - 其他文件 - 請注明:

其他有關的生效保險 (此部份必須填寫)

是項索償是否受保於其他保險合約(例如旅遊保險、家居保險、財物保險等)? 如有, 請說明:

保險公司	保險單號碼
索賠項目	索償/已賠付金額 HK\$

收款人 (如非受保人/索償人)

如果索賠受理, 除非注明如下, 否則賠付金額的收款人即為受保人/索償人。本公司有權要求進一步資料以確認收款人姓名及與受保人/索償人之關係。

收款人姓名:	與受保人/索償人關係	索償項目
<input type="checkbox"/> 受保人/索償人未滿十八歲 <input type="checkbox"/> 遺失/損壞物品為投保人/雇主所有 <input type="checkbox"/> 開支費用由投保人/雇主支付 <input type="checkbox"/> 其他原因 - 請注明:		

聲明及授權 (此部份必須填寫)

本索償申請表簽署人(等)謹此聲明, 就我等所知所信, 以上陳述絕無虛假和隱瞞。索償申請人並同意聯邦保險公司(下稱“貴公司”)或其授權代理可保留, 使用或透露貴公司所收集或保留之任何有關索償申請人的個人資料給予貴公司有關之人士/機構或任何被選定的機構, 用作處理與此索償申請及資料核對等用途, 及因此等用途與索償申請人聯絡。索償申請人明白到倘若索償申請人未能提供申請書所需的資料, 貴公司將可能無法處理有關申請。索償申請人同時有權向貴公司查閱及申請改正所有與索償申請人有關的個人資料。有關的申請可致函貴公司的營運部經理, 地址為香港灣仔告士打道 39 號夏慤大廈 24 樓 2401 室。

本索償申請表簽署人(等)授權任何知悉或擁有本人/受保人之健康狀況及病歷或任何治療或諮詢記錄、意外或索償事件之細節及曾為或將為本人/受保人之診治之醫生, 醫院, 診所, 部門, 保險公司或任何政府或私人機構、組織或人士, 向聯邦保險公司或其代理人透露有關資料, 不得撤回, 即使本人/受保人死亡或喪失能力, 此授權書仍然存有法律效力, 而本人/受保人之繼承人及轉讓人也會受此授權書約束。此授權之複印件與原件同屬有效。

索償申請人簽署	監護人姓名及簽署: (若索償申請人未滿十八歲)
日期:	日期:

投保人或雇主代表姓名, 職位及簽署 (加蓋公司印章)

姓名	投保人簽署 / 公司印鑒(如適用)
職位	日期: