

Critical Illness Insured Claim Form 危疾及嚴重程度健康保障賠償申請表

PART I - To be completed by Insured /Claimant 第一部份 (受保人或申請人填寫)

Policy No. 保單號碼			
Name of Insured 受保人姓名		HKID Card No. 身分證號碼	
Email Address 電郵地址		Contact Phone No. 電話	
Address 地址			

General Information 一般資料

1. Illness / critical illness 疾病 / 危疾名稱			
2. Describe symptoms of the illness 詳述病徵及症狀			
3. Date of symptoms first occurred 病徵首次出現日期	Day 日 □ □	Month 月 □ □	Year 年 □ □ □ □
4. Date of first consultation/ first surgery date 首次求診日期 / 首次手術日期	Day 日 □ □	Month 月 □ □	Year 年 □ □ □ □
5. Please provide full and exact details of the final diagnosis. 請提供閣下所有診斷的最終詳情。			
6. Date of final diagnosis 確診日期	Day 日 □ □	Month 月 □ □	Year 年 □ □ □ □

Record of Medical Consultation / Hospitalization 過往之求診及住院紀錄

7. Please give below the details of any doctor(s) who have been consulted in connection with this illness. 請提供曾診治此病的其他醫生或專科醫生資料。

Name(s) 醫生姓名	Address(es) and Phone 醫生地址及電話	Consultation Date(s) 求診日期
		Day 日 □ □ Month 月 □ □ Year 年 □ □ □ □
		Day 日 □ □ Month 月 □ □ Year 年 □ □ □ □
		Day 日 □ □ Month 月 □ □ Year 年 □ □ □ □

8. Details of hospitals or institutions which you have consulted and received medical treatment from in connection with the illness: 請提供與此病有關之住院紀錄：

Name of Hospital (s) 醫院名稱	Confinement period(s) 住院日期 From 由	To 至
	Day 日 Month 月 Year 年 □□ □□ □□□□	Day 日 Month 月 Year 年 □□ □□ □□□□
	Day 日 Month 月 Year 年 □□ □□ □□□□	Day 日 Month 月 Year 年 □□ □□ □□□□
	Day 日 Month 月 Year 年 □□ □□ □□□□	Day 日 Month 月 Year 年 □□ □□ □□□□

8. The name, address and contact phone no. of your regular doctor. 閣下慣常求診之醫生姓名、地址及聯絡電話。

Name 姓名	Contact Phone No 電話	Address 地址

9. If critical illness you are claiming is resulted from an accident, please provide: 如果閣下索賠的重病是由事故引起的，請提供：

Date 日期	Day 日 Month 月 Year 年 □□ □□ □□□□	Time 時間	Hour 時 Minute 分 □□ □□
Location (Address) 地點 (地址)			
How did the accident happen? 這個事故是如何發生的			
Injured body parts and severity: 受傷的身體部位和嚴重程度			

Other Information 其他資料

10. Have you ever had the same or similar illness before? 閣下過往曾否患此疾病或類似的疾病？

Yes 是 No 否

If "yes", please state: 如“是”，請列明：

Name of Illness 疾病名稱	Name & address of doctors/hospitals 醫生/醫院名稱	Consultation Date(s) 求診日期	Details of treatment 診療項目
		Day 日 Month 月 Year 年 □□ □□ □□□□	
		Day 日 Month 月 Year 年 □□ □□ □□□□	
		Day 日 Month 月 Year 年 □□ □□ □□□□	

11. Have any of your immediate family members suffered from a similar or related illness? 閣下有否直系親屬曾患此疾病或有關的疾病？

Yes 是 No 否

If "yes", please state: 如“是”，請列明：

Relationship of Relative 親屬關係	Nature of Illness 疾病類別

12. Have you ever had any other illness in the last five years? 閣下過往五年曾否患有其他疾病？

Yes 是 No 否

If "yes", please state: 如“是”，請列明：

Name of Illness 疾病名稱	Name & address of doctors/hospitals 醫生/醫院名稱	Consultation Date(s) 求診日期	Details of treatment 診療項目
		Day 日 Month 月 Year 年 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
		Day 日 Month 月 Year 年 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
		Day 日 Month 月 Year 年 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

13. Please provide the bank account information registered under the policyholder's name and submit together with a copy of bank card or bank statement. 請提供與保單持有人相同姓名的銀行戶口資料及提交最近期的銀行月結單（包括電子結單）／有效銀行卡副本。

Bank Name 銀行名稱	Branch Code (3 digits only) 分行編號（3位數）	Bank Account Number 銀行賬戶號碼	Bank Account Holder's Name 銀行賬戶持有人姓名

Authorisation and Declaration 授權及聲明

I / We declare that all information given is accurate and true to the best of my knowledge.

本人／我們聲明本人／我們於索償申請書中的每一項答案為所知及所信之事實及其全部。

I / We hereby irrevocably authorize:

本人／我們茲不可撤銷地授權：

- any organization, institution, or individual, that has any record or knowledge of the Insured's employment, sick leave records, accident or loss details (of any sorts), health, medical history or any treatment or advice, to disclose any such information when requested to do so by an authorized representative of OneDegree Hong Kong Limited ("the Company"). This authorization shall bind the Insured's successors and assigns and remain valid notwithstanding the Insured's death or incapacity in so far as legally possible. A scanned copy or photocopy of this authorization shall be as valid as the original.

任何知悉或擁有受保人之工作、病假紀錄、意外或損失(任何類別)之詳情、健康狀況、病歷或任何治療或諮詢紀錄及曾為或將受保人診治之機構、組織或人士、向 OneDegree Hong Kong Limited (「貴公司」) 透露有關資料，即使受保人死亡或喪失能力，此授權書仍然存有法律效力，而受保人之繼承人及轉讓人亦會受此授權書約束。此授權書之正本與副本同屬有效。

- any registered medical practitioner appointed by the Company to perform medical assessments and tests to evaluate the Insured's health status in relation to this claim.

任何由貴公司指定的註冊醫生替受保人進行所需之醫療評估及測試，並對受保人之健康狀況進行審核及評估，以處理本賠償申請。

I/We confirm that I/We have read the Personal Information Collection Statement which is made available at

<https://odhk.blob.core.windows.net/common/Personal-Information-Collection-Statement.pdf> and agreed to OneDegree Hong Kong Limited's collection and use of personal information.

我們/本人確認已閱讀有關個人資料收集聲明之詳情，並同意貴公司收集及使用個人資料。OneDegree Hong Kong Limited 之個人資料收集聲明詳載於 <https://odhk.blob.core.windows.net/common/Personal-Information-Collection-Statement.pdf>。

Signature of Policyholder 保單持有人簽署

Day 日 Month 月 Year 年

Date signed 簽署日期

Name of Policyholder 保單持有人姓名

HKID Card No. 香港身分證號碼

Relationship with the Insured 與受保人的關係

Signature of Insured 受保人簽署

Day 日 Month 月 Year 年

Date signed 簽署日期

This declaration and authorization must be signed by the insured. If the insured is physically or mentally unfit to sign, the insured's immediate family or his/her authorized legal representative can sign on his/her behalf.

此聲明及授權書必須由受保人簽署，若受保因身體或精神狀態無法簽署，則可由其直系親屬/ 合法授權人簽署。

Please complete the following information if the signature is not given by the insured.

若簽署者非受保人，請填寫下列資料：

Full Name 姓名

HKID Card Number 香港身分證號碼

Relationship with the Insured 與受保人的關係