

家傭保障 (住院) 索償申請表

申請程序

1. 申請索償

所有索償類別 (包括住院及門診醫療費用) :

- 瀏覽e索償平台: www.zurich.com.hk/eclaim

住院醫療費用:

- 填妥此索償申請表並電郵 / 郵寄至本公司
電郵: claims@hk.zurich.com
地址: 香港港島東華蘭路18號港島東中心26樓
蘇黎世保險有限公司賠償部

門診醫療費用:

- 掃描右面QR 編碼並下載手機應用程式「Zurich HK」提交

注意事項:

- 索償申請表必須於事故發生後30日內遞交。
- 如此索償申請涉及第三者責任索償, 請另外填寫及遞交**第三者責任索償申請表**。如此索償申請涉及財物損失索償, 請另外填寫及遞交**財物損失索償申請表**。
- 若閣下正根據《僱傭補償條例》申報有關您的海外家傭因執行職務發生意外而蒙受身體損傷或患上職業病, 請從勞工處直接下載指定表格並提交給他們以作通知之用, 無需填寫此索償申請表。
- 如有任何查詢, 請致電我們的賠償熱線 +852 2903 9388或電郵至claims@hk.zurich.com 或傳真至+852 2968 1660。



Zurich HK

保單號碼:

受保人 (僱主) 個人資料

受保人 (僱主) 姓名 (英文)

聯絡人姓名

受保人 (僱主) 香港身份證 / 護照號碼

*聯絡人手提電話號碼

*聯絡人電郵地址

(如與受保人 (僱主) 相同, 不用填寫此欄)

*本公司將會以電話短訊及 / 或電郵發送**確認索償申請表及賠款通知**, 請必須填寫

*聯絡人通訊地址

室 / 單位*

樓

座

大廈

屋苑名稱 / 街名及門牌 / 地段*

地區

香港 / 九龍 / 新界*

如有需要, 本公司將以**電子郵件**方式聯絡閣下獲取更詳細資料, 以處理閣下的索償申請;

如閣下想改用**郵遞**方式聯絡, 請在空格內✓: 以郵遞方式聯絡 (如閣下有保險中介人, 本公司將透過保險中介人聯絡閣下)

家傭資料

姓名 (英文)

香港身份證 / 護照號碼

性別

年齡

賠償支付方式

銀行轉帳 (只適用於以下列出之銀行及少於100,000港元之賠償)

請提供以下銀行資料：

戶口持有人姓名 (英文) _____

銀行 (請於空格內✓) 匯豐銀行 渣打銀行 恒生銀行 中國銀行 (香港) 其他銀行·請註明 _____

註：如選擇「其他銀行」作銀行轉帳，閣下之銀行有可能會收取額外轉帳費用或在轉帳金額內扣取。

銀行帳戶號碼

支票 (會郵寄至受保人保單地址或保險中介人；如保單沒有地址，將郵寄至聯絡人通訊地址 (請必需在以上「個人資料」欄目中填寫))

索償項目及文件

請連同以下所需之文件及此表格一併交回本公司。本公司可能要求提供額外相關索償文件。

申請索償項目	索償文件清單
住院醫療費用	1. 由註冊醫生發出的入院紙及出院總結副本 (適用於香港公立醫院)
	2. 所有主診醫生 / 專科醫生 / 麻醉師 / 外科醫生 / 物理治療師發出的醫療 / 手術費用收據及 / 或診斷證明及 / 或治療紀錄及 / 或醫療報告之正本，並註明病人姓名、求診日期及診斷結果
	3. 如曾接受手術或住院，由主診醫生填妥的主診醫生報告副本 (本表格的第二部分) (適用於香港私立醫院)

第一部分 — 傷病詳情

(請在空格內✓) 是次索償是由意外引致 (請填寫甲部) 是次索償是由疾病引致 (請填寫乙部)

甲部 — 由意外引致的住院詳情

意外日期及時間 (上午 / 下午) 意外地點 _____

意外發生經過 _____

受傷部位 (請在空格內✓) 右腳 右手 左腳 左手 上身 頭部 其他·請註明 _____

受傷程度 (請在空格內✓) 輕微 普通 嚴重 死亡

受傷診斷結果 _____

醫療費用 (港元) _____

乙部 — 由疾病引致的住院詳情

疾病的診斷結果 _____ 該病徵於何時首次出現

入住醫院 / 首次求診該病的醫生 _____ 首次求診日期

	醫生姓名	醫院或診所地址	應診日期
所有其他應診該病的醫生			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
建議病人入院的醫生			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

醫療費用 (港元) _____

聲明及授權書

- 本人 / 我們謹此聲明，本人 / 我們確信，以上所填報之資料及所列各項之事件乃屬完全真確並無對保險公司作任何資料之保留。
- 本人 / 我們明白並同意以下有關 Zurich Insurance Company Ltd (「蘇黎世」) 處理所收集及保存本人 / 我們之個人資料的安排。
 - 由蘇黎世收集或持有的客戶 (包括保單持有人、受保人、受益人、保費付款人、信託人、保單受讓人及索償人) 個人資料，均可供蘇黎世使用作以下強制性用途，以便為客戶提供服務 (否則蘇黎世將無法為未能) 提供所需資料的客戶提供服務)：
 - 辦理、調查 (及協助他人調查) 和決定保險申請、保險索償及提供持續的保險服務；
 - 辦理付款要求及直接付款授權；
 - 處理任何對客戶的索償、訴訟及 / 或司法程序；以及行使蘇黎世的權利 (詳情見適用保單條款所定)，包括但不限於代位權；
 - 編撰統計數字，或作會計及精算用途；
 - 符合對蘇黎世及 / 或其所屬集團 (「蘇黎世保險集團」) 具約束力的任何本地或外國法例、規則、守則或指引的披露規定及如需要時進行核對程序；
 - 遵循香港法院及監管機構作出的合法要求或指令，包括但不限於保險業監管局、香港保險業聯會、核數師、政府組織和政府相關機構；
 - 債務追討；
 - 便利蘇黎世的認可服務供應商，就上述目的為蘇黎世及 / 或客戶提供服務；及
 - 使蘇黎世的實際或建議承讓人能夠評核擬進行涉及有關轉讓的交易。
 - 蘇黎世可就強制性用途，向以下於香港境內或境外的人士提供任何客戶個人資料：
 - 蘇黎世保險集團成員公司，或任何進行保險或再保險相關業務的其他公司或中介人；
 - 任何向蘇黎世保險集團提供行政、電訊、電腦、付款或其他與其業務運作有關的服務的代理人、承包商或第三方服務供應商；
 - 第三方服務供應商，包括法律顧問、會計師、調查員、理賠師、再保公司、醫護及復康顧問、考察員、專家、維修人員、及資料處理者；
 - 信貸諮詢機構，而在客戶欠賬時，任何債務追收代理或進行索償或調查服務的公司；
 - 根據對蘇黎世保險集團或其任何關連機構具約束力的任何法例，及就任何由政府、監管或其他機關所頒佈且蘇黎世保險集團或其任何關連機構預期須遵守的任何規例、守則或指引而言，蘇黎世保險集團有責任向其作出披露的任何人士；
 - 根據主管司法權區的法院的任何頒令的任何人士；及
 - 蘇黎世保險集團的任何實際或建議承讓人或蘇黎世保險集團對保單持有人的權利的受讓人。
 - 所有客戶均有權以書面向蘇黎世之個人資料私隱主任 (地址如下) 要求查閱、修正及 / 或更改由蘇黎世所持有有關其本身的任何個人資料。
香港港島東華蘭路18號
港島東中心26樓
蘇黎世保險有限公司
個人資料私隱主任
 - 根據《個人資料 (私隱) 條例》 (香港法例第486章) 蘇黎世有權收取合理費用，藉以處理任何資料的查閱要求。
 - 本通知的中英文版本如有任何歧異或不一致，概以英文版為準。
- 本人 / 我們授權於任何曾替本人 / 我們作診療之醫生、醫務人員、醫院或診所提供有關本人 / 我們病歷之資料予貴公司或其代理人。
- 本人 / 我們授權持有本人 / 我們的投保資料、索償紀錄或任何有關資料之一方，包括但不限於警方及政府機構、航空公司、旅遊公司、保險公司等任何有關人士或組織，可以將部分或全部有關本人 / 我們是次或相關事件等資料提供蘇黎世或其代理人。
- 此授權書之影印本亦屬有效。

受保人 (僱主) 簽署	家傭簽署 Signature of the domestic helper
<hr/>	<hr/>
受保人 (僱主) 姓名	家傭姓名 Name of the domestic helper
<hr/>	<hr/>
日期	日期
日 月 年 [D][D][M][M][Y][Y][Y][Y]	日 月 年 [D][D][M][M][Y][Y][Y][Y]

Section 2 Attending Physician Statement (This section should be completed by the domestic helper's attending doctor during hospitalization at the insured person's cost)

第二部分 主診醫生報告 (此欄須由家傭在住院期間之主診醫生填寫，而費用須由受保人負責)

Part I – Treatments Details 甲部 - 醫療資料

Full name of patient
病人姓名

HKID no./Passport no.
香港身份證號碼 / 護照號碼

Age Sex Treatment period From To
年齡 性別 診治日期 日 月 年 日 月 年
D D M M Y Y Y Y To D D M M Y Y Y Y

Diagnosis of conditions
病況診斷

Investigations, treatment, therapy, surgical procedures done and result during the above mentioned treatment period
上述診斷期間曾接受之檢查、治療、手術項目及結果

Prior to this consultation, did patient first consult you for the related signs and symptoms? If so, when was the first consultation? No Yes
在是次求診日期前，病人有否在您的執業診所治療有關上述病況之紀錄？如有，病人自何時求診？ 否 是

The first consultation was since 日 月 年
第一次求診日期自 日期 D D M M Y Y Y Y

What sign(s) and symptom(s) was the patient aware of at the first consultation?
病人在第一次求診有什麼主要病徵？

Were there any external visible signs of bodily injury revealed at the first consultation?
傷者在首次求診時，受傷部位有否可見明顯外傷？

Was there any evidence of external bruise, wound or abrasion at the first consultation?
傷者在首次求診時，受傷部位表面有否可見之瘀傷、傷口或擦損？

According to the patient, for how long had such symptom(s) persisted before the first consultation? 日 月 年
據病人自述，上述病徵在首次求診前出現多久？ 日期 D D M M Y Y Y Y

Was the patient referred to you by another doctor for further management? No Yes The name of referral doctor is
病人是否由另一位醫生轉介予您作進一步治療？ 否 是 該醫生姓名是

Was there any hospitalization for the patient? No Yes
病人有否住院？ 否 是

Hospitalization period from 日 月 年 to 日 月 年
住院日期 由 日期 D D M M Y Y Y Y 至 日期 D D M M Y Y Y Y

Did the patient have any home leave period during hospitalization period? No Yes
病人在住院期間有否請假外出？ 否 是

Hospitalization period from 日 月 年 to 日 月 年
住院日期 由 日期 D D M M Y Y Y Y 至 日期 D D M M Y Y Y Y

Please indicate if the medical condition and its subsequent treatment are associated with the followings (please ✓)?
請指出上述病況及其後的治療是否與下列情況有關 (請 ✓) ?

- Congenital anomalies, infertility or sterilization 先天性不正常情況、不育或絕育情況 Dental care, general check up 牙科治療、身體檢查 Under the influence of drugs or alcohol 受藥物或酒精影響
- Rest cure, rehabilitation, convalescence or extended car 休養、復康或延續護理 Self-inflicted injuries or suicidal attempt while sane or insane 不論在神智清醒與否下之自我損傷或自殺行為
- Mental, psychiatric problems 心理、精神病科 Pregnancy conditions or any related complications 懷孕或由此引發之病況 Cosmetic/Plastic surgery 整形外科手術

Part II – Declaration 乙部 - 聲明

I declare that all the above information is to the best of my knowledge, true and complete.
本人在以上所有填報資料乃根據本人所知及所信為確實及完全而填報，屬實無訛。

Name of attending doctor
主診醫生姓名

Signature of attending doctor
主診醫生簽署

Chop of hospital/clinic
醫院或診所蓋印

Address of hospital/clinic
醫院或診所地址