



Berkshire Hathaway  
Specialty Insurance

## 意外及醫療保險索償

### 團體人身意外保險索償申請表

#### 索償申請指引：

請填寫本索償申請表內所有相關部分。

1. 申請表格的第一部分由保單持有人填寫；
2. 申請表格的第二部分由提出索償的受保人填寫；
3. 閣下必須在疾病或意外發生後三十天內，填妥索償申請表內第一及第二部分後，將索償申請表遞交至巴郡保險公司(以下簡稱「巴郡」)。
4. 申請表格的第三部分需要由主診醫生填寫並提交至巴郡。

**注意：**如果受保人意外身亡，只需將索償申請表的第一部分提交至巴郡並附上相關證明文件。當收到索償申請後，巴郡將就相關索償提供進一步的指引和協助。

#### 索償申請注意事項：

1. 請注意，閣下應盡可能完整及準確地填妥此索償申請表內與閣下索償相關的部分，並在提交索償申請表時附上相關證明文件。有關證明文件的詳細資料，閣下可登錄至巴郡網站 <https://www.bhspecialty.com/claims/claims-hong-kong/ah-claims-guide> 參閱。

為方便閣下之索償申請，索償申請表及相關證明文件可以用副本形式遞交，但巴郡保留要求閣下提交文件正本的權利。同時，巴郡亦保留在有需要時要求閣下提供除已在遞交申請表時附上的文件或資料以外的其他文件和資料以便處理閣下之索償的權利。

如果閣下對提交索償申請所需的資料或文件有任何疑問，請聯絡巴郡理賠部查詢（詳情請參閱「提交索償申請和查詢」）。

2. 巴郡將對每項索償進行獨立的審查和評估，並根據閣下保單的條款及細則作出最終理賠方案。
3. 請注意，收取閣下之索償申請並不代表巴郡已承認任何保單責任。
4. 所有索償均會根據相關的保單條款及細則進行理賠及賠付。

#### 提交索償申請和查詢：

閣下可將相關索償申請和查詢以電郵或郵寄方式寄至以下郵箱或巴郡香港辦事處。

電郵：[AsiaAHclaims@BHSpecialty.com](mailto:AsiaAHclaims@BHSpecialty.com)

地址：

巴郡保險公司

香港鰂魚涌英皇道 979 號

太古坊德宏大廈 21 樓 2106-10 室

如有需要，閣下亦可在提交索償申請前致電巴郡理賠部查詢，電話 +852 800961735。

# 第一部分

(由保單持有人填寫)

保單編號：

## A. 保單持有人／受保人資料

保單持有人姓名：\_\_\_\_\_

受保人姓名：\_\_\_\_\_

香港身份證／護照號碼：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_ (日／月／年)

國籍：\_\_\_\_\_ 性別：☐男 ☐女

職業：\_\_\_\_\_

受僱日期：\_\_\_\_\_ (日／月／年) 保險生效日期：\_\_\_\_\_ (日／月／年)

傷殘前 6 個月每月入息的詳細資料：

請列出工作時履行的職責：

## B. 受保人意外身亡

受保人是否因意外而導致死亡？ ☐是 ☐否

如選擇「是」，請簽署並將第一部分連同相關證明文件提交予巴郡。

閣下可瀏覽巴郡網站，查閱需與申請表一起提交的相關證明文件和資料：

<https://www.bhspecialty.com/claims/claims-hong-kong/ah-claims-guide>。收到索償申請後，巴郡將提供進一步的建議和協助。

如選擇「否」，請繼續填寫以下部分。受保人還需要填寫第二部分，並讓其主治醫生填寫第三部分。

## C. 受保人的傷殘情況

1. 請詳述身體受傷或疾病導致索償的情況：

2. 如屬身體損傷，是否由意外導致？ ☐是 ☐否

3. 受保人在何時患上疾病或受傷？\_\_\_\_\_（日／月／年）

4. 受保人在何時首次缺勤？\_\_\_\_\_（日／月／年）

5. 員工／受保人目前是否正處於病假或無薪假期間？ ☐是 ☐否

如選擇「是」，請提供下列資料，並提供醫療證明書/病假證明書和無薪假休假通知書副本。

病假期間由\_\_\_\_\_（日／月／年）到\_\_\_\_\_（日／月／年）

無薪假期間由\_\_\_\_\_（日／月／年）到\_\_\_\_\_（日／月／年）

6. 如受保人發生意外，該意外是否與工作有關？ ☐是 ☐否

如選擇「是」，請提供下列詳細資料：

A) 意外發生日期及時間：\_\_\_\_\_（日／月／年）

B) 意外發生地點：\_\_\_\_\_

C) 詳述意外發生時的情況：

\_\_\_\_\_

D) 閣下有否向勞工保險公司提交索償申請？ ☐是 ☐否

如選擇「是」，請提供：

(i) 勞工保險公司名稱和地址：

名稱：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_

(ii) 保單編號：\_\_\_\_\_

(iii) 提交予保險公司的索償金額：\_\_\_\_\_

E) 意外事故是否已向警方報案？ ☐是 ☐否

如選擇「是」，請提供警方報告。

---

### 聲明、授權書和個人資料私隱同意書

本人謹此聲明，我以毫無保留的方式申報詳情和資訊，同時所知所信均為真實及完整無誤。

本人理解，倘本人代另一個人提交此申請表，本人已確保該個人理解，倘本人／他／她作出任何虛假或欺詐性陳述，或隱瞞重要事實，該保單可能無效，同時本人／他／她將喪失保單中的任何或所有追索權利。

對於根據本索償申請而收集的個人資料，本人同意，倘本人提交或發佈與他人有關的個人資料，本人聲明並保證（A）本人有權代該個人提供或發佈該資料及同意予巴郡接受者；（B）本人已告知該個人收集、使用和披露他／她的個人資料的目的，以及各方有關巴郡接受者可向其披露此類個人資料的情況，詳請如下所述；（C）該個人同意巴郡接受者可以根據個人資料私隱條例收集、使用和處理本人／他／她的個人資料。

本人，代表本人或該個人，授權任何醫院醫生或其他治療或檢查過本人／他／她的人士，向巴郡保險公司（簡稱「巴郡」）及其他與巴郡相關的法人團體、附屬機構及分支機構、巴郡的獲授權代表、服務供應商、專業顧問及業務夥伴（巴郡接受者），提供與任何疾病或損傷、醫療病史、諮詢、處方或治療有關的任何及全部資料，以及所有醫院或醫療記錄副本。本授權書的副本須被視為具有與其正本同樣的效力。

- (a) 根據任何提交的索償而收集的個人資料（或在索償程序期間，包括透過通話錄音而提供的個人資料），巴郡可能會予以收集、使用及披露，從而：
  - (i) 管理及處理保險索償；
  - (ii) 對索償進行調查、評估、調整及作出決定；
  - (iii) 管理本人／他／她的保單（包括尋求再保險公司或其他第三方賠償）；
  - (iv) 處理爭議及投訴；
  - (v) 回應公眾及政府／監管機構、法定委員會對資料的要求，以及配合審計、合規、調查及監察目的；
  - (vi) 回應保單持有人的要求；
  - (vii) 根據法律或法定義務，或按照法律要求或巴郡既定的風險管理程序，執行盡職調查或其他篩查活動（包括背景調查）；
  - (viii) 符合法律或法定義務、風險管理程序及巴郡的內部政策；及
  - (ix) 巴郡的私隱政策聲明中所列明的其他目的。
- (b) 巴郡可能會將個人資料轉移至以下單位（其可能位於新加坡、香港、澳門或其他地方），以作上述(a)段所列之目的：
  - (i) 就管理適用保單（包括再保險公司）及處理本人／他／她的索償而提供相關服務的第三方；
  - (ii) 巴郡的代理人；
  - (iii) 經紀、本人／他／她的授權代理人或代表或直系親屬；
  - (iv) 保單持有人；
  - (v) 法律程序參與者及其顧問；
  - (vi) 政府／監管機構、業界組織、法庭、其他替代性的爭議解決論壇；
  - (vii) 管理本人／他／她的索償及收取保單付款的任何金融機構；
  - (viii) 理賠人員、評估人員、第三方管理人員、緊急服務供應商、法律服務供應商、零售商、醫療供應商及旅行承運商、內部及外部審計人員；
  - (ix) 在任何國家／地區中巴郡集團的任何成員（以作上述(a)段所列之所有目的）；
  - (x) 在巴郡私隱政策聲明中提述的其他當事方。

註：如要查閱巴郡私隱政策聲明的完整版本，請瀏覽：

<https://www.bhspecialty.com/privacy-policy/privacy-policy-hong-kong/>。

\_\_\_\_\_  
保單持有人簽名

\_\_\_\_\_  
日期（日／月／年）

\_\_\_\_\_  
簽署方姓名和職務

\_\_\_\_\_  
公司名稱和蓋章

\_\_\_\_\_  
電話號碼

\_\_\_\_\_  
電郵地址

## 第二部分

(由受保人填寫)

保單編號：

### A. 受保人資料

受保人姓名：\_\_\_\_\_

香港身份證／護照號碼：\_\_\_\_\_

出生日期：\_\_\_\_\_（日／月／年）

國籍：\_\_\_\_\_

性別：☐男 ☐女

居住地址：\_\_\_\_\_

婚姻狀況：\_\_\_\_\_

電郵：\_\_\_\_\_

聯絡電話：\_\_\_\_\_

### B. 香港以外的手術

如閣下因患上疾病或遭受身體傷害而在香港以外的地方接受手術，請提供以下詳細資料。

1. 閣下當時所接受的手術是由於遭受身體傷害還是患上疾病？ ☐身體傷害 ☐疾病

2. 如屬身體傷害，是否由意外導致？ ☐是 ☐否

如選擇「是」，請提供以下資料：

意外發生日期：\_\_\_\_\_（日／月／年） 意外發生地點和國家：\_\_\_\_\_

請簡述意外發生的情況：

3. 如屬疾病，閣下何時首次意識到自己患上該疾病？請提供相關日期：\_\_\_\_\_（日／月／年）

4. 請提供為閣下進行手術的醫院名稱和地址：

請提供負責為閣下進行手術的醫生之聯絡方式：

姓名：\_\_\_\_\_ 電話號碼：\_\_\_\_\_

電郵：\_\_\_\_\_

5. 請詳述所進行的手術及手術的情況：

### C. 傷殘狀況

如閣下正對傷殘和／或每週津貼提出索償，請提供以下詳細資料。

1. 描述閣下正提出索償的傷殘狀況：

2. 如傷殘是由於遭受身體傷害，此身體傷害是否因意外所致？ ☐ 是 ☐ 否

如選擇「是」，請提供下列資料：

意外發生日期：\_\_\_\_\_（日／月／年） 意外發生地點：\_\_\_\_\_（日／月／年）

請提供意外詳情：

請描述身體傷害的受傷性質：

3. 閣下何時初次感受到出現身體傷害？ 請提供日期：\_\_\_\_\_（日／月／年）

4. 如果傷殘是因疾病所致，請詳述此疾病的細節：

閣下的健康何時初次受到疾病影響？ 請提供日期：\_\_\_\_\_（日／月／年）

5. 閣下是否曾遭受同樣的身體傷害或患上同樣的疾病？ ☐ 是 ☐ 否

如選擇「是」，請提供更多資料：

6. 閣下目前是否正就與提出索償有關的傷殘求診？ ☐ 是 ☐ 否

如選擇「是」，請提供以下相關資料：

| 醫院／診所名稱<br>和地址 | 醫生姓名 | 治療日期<br>（日／月／年） | 治療類型 |
|----------------|------|-----------------|------|
|                |      |                 |      |
|                |      |                 |      |
|                |      |                 |      |
|                |      |                 |      |
|                |      |                 |      |

7. 簡述閣下於發生意外或患上疾病前的職業或專業和相關日常活動：

8. 閣下是否未能如常工作？ ☐是 ☐否

如選擇「是」，閣下預期這是暫時性的還是永久性的？ ☐暫時性 ☐永久性

如選擇「暫時性」，請提供閣下預期可以重返工作崗位的日期：\_\_\_\_\_（日／月／年）

9. 儘管現處於傷殘情況，閣下目前是否有從事任何其他不論是全職還是兼職的工作？ ☐是 ☐否

如選擇「是」，請提供下列詳細資料：

工作性質：\_\_\_\_\_

請簡述工作職責：

請提供開始受僱日期：\_\_\_\_\_（日／月／年） ☐兼職 ☐全職

每月薪金：\_\_\_\_\_

10. 閣下是否有其他來源的收益？ ☐是 ☐否

如選擇「是」，請提供以下資料：

收益來源：\_\_\_\_\_ 金額：\_\_\_\_\_

11. 閣下現在是否有任何其他收入或在任何其他保單下提出索償？ ☐是 ☐否

如選擇「是」，請提供以下資料：

每月金額：\_\_\_\_\_ 付款人姓名：\_\_\_\_\_

#### D. 其他

如閣下想提出不屬於上述 B 和 C 部分保障範圍的索償，請提供以下詳細資料。

請詳述閣下的損失或造成閣下損失的事件：

請詳述所遭受的身體傷害：

| 所產生的費用日期<br>(日／月／年) | 費用類型 | 所接受的治療 | 服務或治療提供者 | 索償金額 |
|---------------------|------|--------|----------|------|
|                     |      |        |          |      |
|                     |      |        |          |      |
|                     |      |        |          |      |
|                     |      |        |          |      |

## E. 如有需要，請在此部分提供更多詳細資料

---

### 賠償支付詳情

#### 電子轉帳

請提供有關支付此賠償的銀行賬戶詳細資料，以便巴郡在閣下索償被接納及理賠成功時作出理賠。當閣下之索償被接納及理賠成功時，巴郡將根據相關保單的條款及細則將賠款支付給相關受保人。

收款人姓名（銀行賬戶姓名）：\_\_\_\_\_

銀行名稱：\_\_\_\_\_

銀行地址：\_\_\_\_\_

SWIFT 代碼：\_\_\_\_\_

IBAN 代碼：\_\_\_\_\_

銀行代碼：\_\_\_\_\_

分行代碼：\_\_\_\_\_

帳戶號碼：\_\_\_\_\_

付款通知將發送至此申請表內「閣下資料」部分中所填寫的電郵地址。如閣下需要將付款通知發送至其他電郵地址，請於下方提供詳細資料：

電郵：\_\_\_\_\_

注：除非另有協商安排，否則所有賠款均將直接支付予保單持有人。同時，所有賠款將按照保單上所訂明的貨幣支付。

#### 重要事項：

巴郡 (i) 對閣下因在此索償表上向本公司提供錯誤的銀行帳號用以支付此索償而遭受的任何和所有損失概不負責，並且 (ii) 在本索償下的所有責任將被免除。

---

### 聲明、授權書和個人資料私隱同意書

本人謹此聲明，我以毫無保留的方式申報詳情和資訊，同時所知所信均為真實及完整無誤。

本人理解，倘本人代另一個人提交此申請表，本人已確保該個人理解，倘本人／他／她作出任何虛假或欺詐性陳述，或隱瞞重要事實，該保單可能無效，同時本人／他／她將喪失保單中的任何或所有追索權利。

對於根據本索償申請而收集的個人資料，本人同意，倘本人提交或發佈與他人有關的個人資料，本人聲明並保證 (A) 本人有權代該個人提供或發佈該資料及同意予巴郡接受者；(B) 本人已告知該個人收集、使用和披露他／她的個人資料的目的，以及各方有關巴郡接受者可向其披露此類個人資料的情況，詳請如下所述；(C) 該個人同意巴郡接受者可以根據個人資料私隱條例收集、使用和處理本人／他／她的個人資料。

本人，代表本人或該個人，授權任何醫院醫生或其他治療或檢查過本人／他／她的人士，向巴郡保險公司（簡稱「巴郡」）及其他與巴郡相關的法人團體、附屬機構及分支機構、巴郡的獲授權代表、服務供應商、專業顧問及業務夥伴（巴郡接受者），提供與任何疾病或損傷、醫療病史、諮詢、處方或治療有關的任何及全部資料，以及所有醫院或醫療記錄副本。本授權書的副本須被視為具有與其正本同樣的效力。

- (a) 根據任何提交的索償而收集的個人資料（或在索償程序期間，包括透過通話錄音而提供的個人資料），巴郡可能會予以收集、使用及披露，從而：
  - (i) 管理及處理保險索償；
  - (ii) 對索償進行調查、評估、調整及作出決定；
  - (iii) 管理本人／他／她的保單（包括尋求再保險公司或其他第三方賠償）；
  - (iv) 處理爭議及投訴；
  - (v) 回應公眾及政府／監管機構、法定委員會對資料的要求，以及配合審計、合規、調查及監察目的；
  - (vi) 回應保單持有人的要求；
  - (vii) 根據法律或法定義務，或按照法律要求或巴郡既定的風險管理程序，執行盡職調查或其他篩查活動（包括背景調查）；
  - (viii) 符合法律或法定義務、風險管理程序及巴郡的內部政策；及
  - (ix) 巴郡的私隱政策聲明中所列明的其他目的。
- (b) 巴郡可能會將個人資料轉移至以下單位（其可能位於新加坡、香港、澳門或其他地方），以作上述(a)段所列之目的：
  - (i) 就管理適用保單（包括再保險公司）及處理本人／他／她的索償而提供相關服務的第三方；
  - (ii) 巴郡的代理人；
  - (iii) 經紀、本人／他／她的授權代理人或代表或直系親屬；
  - (iv) 保單持有人；
  - (v) 法律程序參與者及其顧問；
  - (vi) 政府／監管機構、業界組織、法庭、其他替代性的爭議解決論壇；
  - (vii) 管理本人／他／她的索償及收取保單付款的任何金融機構；
  - (viii) 理賠人員、評估人員、第三方管理人員、緊急服務供應商、法律服務供應商、零售商、醫療供應商及旅行承運商、內部及外部審計人員；
  - (ix) 在任何國家／地區中巴郡集團的任何成員（以作上述(a)段所列之所有目的）；
  - (x) 在巴郡私隱政策聲明中提述的其他當事方。

註：如要查閱巴郡私隱政策聲明的完整版本，請瀏覽：<https://www.bhspecialty.com/privacy-policy/privacy-policy-hong-kong/>。

\_\_\_\_\_  
受保人簽名

\_\_\_\_\_  
保單持有人姓名／公司名稱

\_\_\_\_\_  
日期（日／月／年）

## 第三部分 - 醫療報告(住院適用)

(由主診醫生填寫)

### A. 病人個人資料

受保人姓名：\_\_\_\_\_

香港身份證／護照號碼：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_（日／月／年）

身高：\_\_\_\_\_米 體重：\_\_\_\_\_公斤 性別：☐男 ☐女

居住地址：\_\_\_\_\_

電郵：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：\_\_\_\_\_

### B. 醫療資料

1. 閣下是否受保人的常規醫生？ ☐是 ☐否

如選擇「否」，請提供受保人常規醫生的姓名及地址。

| 醫院／診所名稱和地址 | 醫生姓名 |
|------------|------|
|            |      |
|            |      |
|            |      |

2. 受保人的身體狀況是屬於遭受身體傷害還是患上疾病？ ☐身體傷害 ☐疾病  
傷勢或疾病診斷：（如骨折或錯位/脫臼，請說明受傷或疾病位置及情況，如簡單骨折或複合骨折等）

請說明造成身體傷害或疾病的原因：

3. 如受保人遭受身體傷害，是否因意外所致？ ☐是 ☐否

如選擇「是」，請提供下列詳細資料：

意外發生日期：\_\_\_\_\_（日／月／年）意外發生地點：\_\_\_\_\_

請簡述意外發生的情況：

4. 意外發生是否與工作有關？ ☐是 ☐否

導致提出索償的身體傷害或疾病是否與運動有關？ ☐是 ☐否

如選擇「是」，請提供詳細資料：

5. 受保人以前是否曾遭受導致提出索償的身體傷害或疾病？ ☐是 ☐否

如選擇「是」，請提供詳細資料：

6. 受保人何時初次出現所述的疾病或身體傷害？

日期：\_\_\_\_\_（日／月／年）

7. 閣下何時首次為遭受身體傷害或患上疾病的受保人看診？

日期：\_\_\_\_\_（日／月／年）

8. 受保人是次遭受身體傷害或患上疾病是否需要接受住院治療？ ☐是 ☐否

如選擇「是」，請提供住院日期：由\_\_\_\_\_（日／月／年）至\_\_\_\_\_（日／月／年）

如選擇「是」，請提供相關住院/醫療報告副本。

9. 受保人是否需要手術治療？ ☐是 ☐否

如選擇「是」，請提供以下詳細資料：

（a）請說明所進行的手術：

（b）手術日期：\_\_\_\_\_（日／月／年）

（c）進行手術的醫院名稱和地址：

10. 受保人目前是否仍然正在接受任何治療？ ☐是 ☐否

如選擇「是」，請提供以下資料：

| 醫院／診所名稱<br>和地址 | 醫生姓名 | 治療日期<br>（日／月／年） | 治療類型 |
|----------------|------|-----------------|------|
|                |      |                 |      |
|                |      |                 |      |
|                |      |                 |      |
|                |      |                 |      |

11. 受保人何時初次被評估為不適合返回工作需要休假？：\_\_\_\_\_（日／月／年）

如果休假持續，請提供現時醫療證明書病假日期：

由\_\_\_\_\_（日／月／年）至\_\_\_\_\_（日／月／年）

12. 受保人是否遭受完全或部分傷殘？ ☐ 完全 ☐ 部分

(注：完全傷殘是指受保人無法從事其一般工作的任何部分。部分傷殘是指受保人無法從事其一般工作的一大部分。)

13. 此次傷殘屬於永久性還是暫時性的？ ☐ 永久性 ☐ 暫時性

(注：永久性傷殘是指傷殘情況連續持續至少十二(12)個月，並於此段時間終結時完全沒有好轉之跡象。)

14. 如閣下認為構成此次索償相關的傷殘情況為永久性完全傷殘，那麼該傷殘情況是否也會妨礙受保人從事其他任何業務、職業、工作或僱用？ ☐ 是 ☐ 否

15. 如選擇「否」，請提供受保人在此傷殘情況下仍可從事的業務、職業、工作或僱用之性質？

受保人在該傷殘情況下每周可以工作多少天？ \_\_\_\_\_

16. 受保人過去的病史或生活方式是否有可能導致或促使或加劇了構成該索償的疾病或身體傷害？ ☐ 是 ☐ 否

如選擇「是」，請提供詳細資料：

- a) 受保人是否患有任何已存在的醫療狀況而可能導致構成該索償的疾病或身體傷害？ ☐ 是 ☐ 否

如選擇「是」，請提供詳細資料：

- b) 是否有任何其他情況例如酒精、藥物或任何其他可能導致中毒的物質的影響或身體缺陷可能促使受保人的疾病或身體傷害和/或延長其傷殘期限？ ☐ 是 ☐ 否

如選擇「是」，請提供詳細資料：

- c) 是否有其他可能延誤受保人康復的醫療情況或其他情況？ ☐ 是 ☐ 否

如選擇「是」，請提供詳細資料：

17. 受保人既有及目前的治療方案是什麼？

請提供藥物、手術、康復和求診次數的詳細資料。

受保人最後一次求診的日期：\_\_\_\_\_（日／月／年）

本人（本醫療報告的簽署人）\_\_\_\_\_謹此聲明，本人因為遭受身體傷害或患上疾病而導致傷殘並就此提出索償的受保人之主診醫生，就本人所知所信，上述答案乃屬真確，且本人對巴郡保險公司沒有隱瞞任何重大事實。

\_\_\_\_\_  
醫生姓名

\_\_\_\_\_  
簽名

\_\_\_\_\_  
診所／醫院名稱

\_\_\_\_\_  
專業資格

\_\_\_\_\_  
郵寄地址

\_\_\_\_\_  
日期（日／月／年）

\_\_\_\_\_  
診所／醫院蓋印