

祥昇 保險代理有限公司

Peaceful Insurance Agency Limited

九龍觀塘開源道49號創貿廣場26樓2606室
Room 2606, 26/F., APEC Plaza, 49 Hoi Yuen Road, Kwun Tong, Kowloon.
Tel: 2771 7213 2771 7228 Fax: 2771 7136
E-mail: peaceful01@peacefulins.com.hk http://www.peacefulins.com.hk



安我保險有限公司
香港上環干諾道西118號37樓1,5-6室
Unit 3701, 3705-6, 37/F, 118 Connaught Rd W, Sheung Wan
Tel: 852 3572 8222 E-mail: info@heyavo.com
Website: www.heyavo.com

Overseas Domestic Helper Insurance Claim Form 海外家傭保險索償申請表格

Please complete in **BLOCK LETTERS**. 請用英文正楷填寫。

Please complete and sign this claim form, and provide the relevant documents listed in Part IV to avoid delay in claim process. 請填妥並簽署此索償申請表，並連同第四部分所列的相關文件交回，以免延誤索償處理。

The company is entitled to request for further information and assign a loss adjuster for investigation.

本公司有權要求索償者提供更多資料以及委派公證人進行調查。

Completion and submission of this Claim Form shall not be construed as admission of liability on the part of the Company. 填寫及遞交此索償申請表並不表示本公司承擔賠償責任。

Please return the completed form to us by 請循以下途徑交回填妥之表格：

Email 電郵：**peaceful01@peacefulins.com.hk**

For enquiry 查詢：+852 27717213

Mail: Room 2606, 26/F, APEC Plaza, 49 Hoi Yuen Road, Kwun Tong

郵寄：香港觀塘開源道49號創貿廣場2606室

2. Policy Particulars 保單資料

Name of Policyholder

保單持有人姓名：

☐

Mr.
先生

☐

Mrs.
太太

☐

Ms.
女士

Policy no.:

保單編號：

HK ID No./Passport No.

香港身份證 / 護照號碼：

Contact Phone No.

聯絡電話：

Bank A/C Information (For Claim Settlement (if any) use only) 銀行賬戶資料 (只作賠償(如有)之用)

Bank Code
銀行編號

Branch Code
分行編號

Account Number
戶口號碼

(Account-holder must be the Policyholder 賬戶持有人必須是保單持有人)

Name of Bank 銀行名稱

Name of Overseas Domestic Helper

海外家傭姓名：

HK ID No./Passport No.

香港身份證 / 護照號碼：

Date of Accident/
Consultation/Loss 意外/診治/
損失日期：

Day日 Month月 Year年

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

Description
索償類別

Out-patient
門診

Hospitalization
住院

Date of Hospitalization
住院日期：

Claim Amount

索償金額：

Diagnosis

診斷：

Chinese
Medicine
中醫

Dental
牙科

Physiotherapist or
Bonesetter 鐵打/
物理治療

Others 其他

Has it been reported to Police? 有否向警方報案?

Yes

☐

No

☐

Police Station District
警署區域：

Police Report No.
報案編號：

Are other insurance covering this incident / loss? 有否其他保險
承保是次事件損失?

Yes

☐

No

☐

Policy No. 保單號碼

Benefit Type 保障類別

Name of Insurance company 保險公司名稱：



IV. Claim Documents 索償文件

Employer's Liability* 僱主責任	Copy of Form 2 or Form 2B submitted to the Labour Department, original physician's report & original medical expenses receipt 呈報勞工處的表格 2 或表格 2B 副本、醫生證明書正本、醫療費用收據正本
	* C2W 02W1W1StI-úŠR I-00ARŠyúā NŠādzúāy3 Iy'lydzNūē 2F ūKŠ IyādzNūŠR KŠfLJŠNūāuē y2úāOŠ Ydzāú oŠ 3A0Šy'ly' C2WY H. ály0I-LJ1-0āuē T2W I-LJŠNū2R y2ú ŠE0ŠŠRly3 o Rī-ēāú 2W C2WY H ály0I-LJ1-0āuē T2W I-LJŠNū2R ŠE0ŠŠRly3 o Rī-ēāú ú2 [I-02dzW 5ŠLJ1-WÚYŠyú 0NúKly' mN Rī-ēā 2F ūKŠ I-00ARŠyúo 1F ūKŠ I-00ARŠyú NŠādzúā Iy' RŠI-ÚK 2F ūKŠ IyādzNūŠR KŠfLJŠNūāuē y2úāOŠ Ydzāú oŠ 3A0Šy'ú2 ūKŠ [I-02dzW 5ŠLJ1-WÚYŠyú 0NúKly' T Rī-ēā 2F ūKŠ I-00ARŠyúo C2WY H I-yŔ H. 02dzfR oŠ 20úI-IyŠR T2WY ūKŠ [I-02dzW 5ŠLJ1-WÚYŠyúo * 如受僱傭工因工受傷，請於意外發生後十四天內以表格 2B(喪失工作能力不超過三天) 或表格 2(喪失工作能力超過三天) 向勞工處呈報。如因意外導致受僱傭工死亡，須於意外發生後七天內向勞工處呈報。表格 2 及表格 2B 可向勞工處索取。
tŠNā2y1-f I-00ARŠyú 個人意外	aŠRŠ0I-f NŠLJ2Nūē RŠI-ÚK 0ŠNūāfA0I-úŠ áf I-yēu 醫療報告、死亡證明文件(如有)
tŠNā2y1-f [A1-0āuē 個人責任	t20Š0Š NŠLJ2Nūē áf I-yēuē áúI-úŠYŠyú ú2 LJ20Š0Š áf I-yēuē fŠúúŠN 2F 0fI-Iy' T2WY T2WY ūKNUŔ LJ1-NūāŠā 警方報告(如有)、警方口供記錄(如有)、第三者索償文件
wŠLJ1-úNūāI-ú2y9ĒLJŠyāŠā 送返費用	aŠRŠ0I-f NŠLJ2Nūē fI-02NūI-ú2Nē NŠLJ2Nūē 2Nūāly1-f NŠ0ŠNūLJú T2W KŠfLJŠN NŠLJ1-úNūāI-ú2y02āúāz RŠI-ÚK 0ŠNūāfA0I-úŠ áf I-yēu 醫療報告、檢驗報告、家傭送返原居地費用的收據正本、死亡證明文件(如有)
[2āā 2F {ŠNūā0Šā / I-āK {dz0āŕē 服務中斷現金津貼	I 2āLJ0I-f 5ā0K-I-NēŠ wŠLJ2Nūē 2Nūāly1-f NŠ0ŠNūLJú ālyYŠR oē úŠY LJ2W1-Nūē R2YŠāú0 KŠfLJŠN 醫院出院報告、臨時傭工簽署之收據正本
wŠKNUy9 ŠĒLJŠyāŠā 改聘費用	aŠRŠ0I-f wŠLJ2Nūē fI-02NūI-ú2Nē NŠLJ2Nūē fŠúúŠN 2F úŠNūly1-ú2y 2F ŠY LJ2ēYŠyú 02yúN1-0ūē ŠY LJ2ēYŠyú 02yúN1-0ūē 2F yŠ0 KŠfLJŠN 2Nūāly1-f NŠ0ŠNūLJú T2W NŠŠ0I-yú ŠĒLJŠyāŠā 0Ydzāú oŠ KNUŠR 0NúKly' LJŠNū2R 2F IyādzNūI-y0Šú 醫療報告、檢驗報告、終止僱傭合約證明、新聘家傭的僱傭合約、有關費用的收據正本(必須於保單生效期內改聘)
āRŠ0ūē tNúúŠ0ū2y 忠誠保障	t20Š0Š NŠLJ2Nūē áúI-úŠYŠyú ú2 LJ20Š0Š 0I-fdzI-ú2y LJN22F T2W f2āú LJN2LJŠNūē 1 / 2dzNú NŠādzú 警方報告、警方口供記錄、損失物品的價值證明、法庭判決證明文件

This Claim Form must be submitted within 30 days from the date of accident or date of discovery of the occurrence, even if any of the claim documents is not readily available.

倘若未能即時提供所有索償文件，亦須於意外發生當天或發現事故當天起計30天內呈遞填索償申請表。

V. Authorization and Declaration 授權及聲明

本人/吾等在此聲明上述所填報之資料乃屬完全真確並無隱瞞任何重要資料。

Lk² S RŠÖtI-ŮS ūKŭt ūKS I-oZōS ōzyyūI-yRŠr lyfzYl-YI-ūāzy'ā ōvūdzS I-yR ōzyLutšŪSR ūZ ūKS oŠāú ZT Yēx2dzu lyZōtŠRŠS I-yR ōŠōŠT I-yR Lk² Š KI-IōS yZū ōNKKŠTr I-ye
YI-tŪŠŮtI-flyVZtYI-ūāzy'

本人/吾等明白並同意以下有關安我保險有限公司(“貴公司”)處理所收集及保存本人/吾等之個人資料安排。 1k 2 S azYRŠŠuāiYR IyR I:ŠŠ ūKŠ
I2f2ōIv3 I:uūIv3YŠYŠv2I Yēk2dūI ūŠu2vI I: ūI: ū2fŠōŠŠR 2u KŠR ōē AVO IyādzūIvōŠ /2mpany ūūR (“the Company”).

由貴公司收集或持有的客戶（包括保單持有人、受保人、受益人、保費付款人、信託人、保單受讓人或索償人）個人資料，均可供貴公司使用作以下**強制性用途**，以便為客戶提供服務，否則貴公司將無法為未能提供所需資料的客戶提供服務：

[illegible]

- 1) 處理或辦理任何與保險或財務有關的產品或服務，或該等產品或服務的任何更改、變更、取消或續期；
ú2 YIYl-3S 2N LJWZÖŠÄä I-yē lyādzni-I-yōš 2N fīlyI-yōñ-fē nſtī-ūšR LJWZŘdžÜä 2N āšNjōšÄ 2N I-yē f-tūsNf-ūizyā ē f-tūā f-ūizyā ē f-yōšf-f-ūzY 2N nſyŠō f-t 2t ā f-tāR LJWZŘdžÜä 2N āšNjōšÄt
- 2) 辦理，調查(及協助他人調查)及決定保險申請、保險索償及提供持續之保險服務；
ú2 LJWZÖŠÄä lyōšāñI-f-ūš ō I-yR f-āālā ūKš ūKANRJ Lf-HūēēnŠā ū2 lyōšāñI-f-ūš I-yR RšōšNiyIyš lyādzni-I-yōš f-LJLJñōf-ūizyā lyādzni-I-yōš ō f-tYā I-yR LJWZñIRš ZyözyIy lyādzni-I-yōš āšNjōšÄt
- 3) 處理任何對客戶的索償、訴訟及 / 或司法程序；以及行使貴公司的權利（詳情見適用保單條款所定），包括但不限於代位權；
ú2 YIYl-3S I-yē ō f-tI-YIY f-ōüzyIyRk2N LJWZÖŠŘIyYā ōñ2dzŽKŪ f-ēIyā ūKš ōdzāuzYŠñā f-yR ū2 šēsNcise the Company's rights as more particularly RšTšYŠR ly f-LJLJñōf-ōtš LJ2ñōē ē 2NRIyYē lyōtēRlyY ē ōdz y2ñ tIYāšR ū2 ūKš ādzñ23f-ūizyYñāŽKŪt
- 4) 促進貴公司的認可服務供應商，就上述目的為貴公司及 / 或客戶提供服務
to facilitate the Company's authorized service provider to provide services to the ComLI I-yē f-yRk2N ūKš ōdzāuzYŠñā f-2N ūKš f-ō2ōš LJdzNLJ2āšÄ
- 5) 辦理付款要求、直接付款授權、及債務追討；
ú2 LJWZÖŠÄä nſijdzŠādā f-2N LJf-eYŠyñ RñNšōū Ršōāñ f-džK2ñā f-ūizyY f-yR ū2 ō2fšōū Ršōāñ
- 6) 編製統計數字，或作會計及精算用途；
ú2 ōZYLmš āñ f-ūāñÜā 2N ūKš dzāš ly f-ōō2dzYñyY f-yR f-ōüdz f-tūā f-LJdzNLJ2āšÄt
- 7) 其他與上述用途有直接關係的附帶用途；及
2ñKšN f-yōñff-nē LJdzNLJ2āšÄ ē KŪōK f-Hŵšōñē nſtī-ūšR ū2 ūKš f-ō2ōš LJdzNLJ2āšÄt f-yR



yü 遵循適用法律，條例及業內守則及指引。

ü2 02Ylŕē 0äüK l-LlJl0l0f0S fl-0äc NüSdzfl-ü2yā 2N l-yē lyŕdzäüüē 02ŔSä 2N 3dzŔSfl-ySä

phü 使貴公司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。

ü2 Sŷl0f0S l-y l-0üdz l 2N lN2l2äSŔ l-ääl3yS 2f üKS /2Yl l-yē ü2 S0l-fdz l-üS üKS üN l-yä l-0ü2YlyŷŷŔSŔ ü2 0S üKS ädz0S0ü 2f üKS l-ääl3Y Sŷl0

就上述用途，安我保險有限公司所收集的個人資料可能會被轉移至：

C2N0 ÚKŠ I-ō20Š LJdzNULJ2āŠāz ÚKŠ LJŠNā2Vf-ŕI-ÚI- ØKlÖK AVO LVādzNl-vÖŠ /2YlJl-vē [lYlúŠŖ Kl-ā Ō2ffŠōÚŠŖ YlÆKú ōŠ ūNl-vāŦŠNlNlŠŖ ū2Y

任何進行保險或再保險相關業務的其他公司或中介人；
I-ye 02YLI-I-ye 0HUNeiy 2YIyAdzNI-Y0S 2NI NSiYAdzNI-Y0S NIStI-UŠR 0dzālyŠāāt 2NI IYIyāyNIYŠRNIHēT
任何向安我保險有限公司提供行政、電訊、電腦、付款或其他與其業務運作有關服務的代理人、承包商或第三方服務供應商；
I-ye I-3Šyū 02YNIU-02NI 2NI ūKNIŪ LJHŪē āSNI0I0S LNI20IRŠNI 0K2 LNI20IRŠNI I-RYIyNIāNI-U0I0S ūStŠ02Yy 02YNIU-02NI 02YLIAdzNI LJHēYŠyū 2NI 2UKŠNI āSNI0I0S ūē ūKS AVO IyAdzNI-Y0S /2YLI-I-ye IYIYŠR IY02YyŠ0Ū2Y 0KŪ ūKS 2LJNIU-02NI 2NI āē 0dzālyŠāāt
第三方服務供應者，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、維修人員及任何有關之調查性質第三方服務提供者；
ūKNIŪ LJHŪē āSNI0I0S LNI20IRŠNI IY0tRiYI tŠ3I-I I-R0I0āNI 00202YyI-Iyūā IY0ŠāŪI0I2NIā t2āā I-R0dzāŠNIā NIŠIyAdzNIā YŠR0I-I I-YR NIŠKI0KŪI-U2Y 02YAdzNI-Iyūā ādzNI0Šē2NIā NIŠLI-I-NIŠNIā I-YR I-ye ūKNIŪ LJHŪē āSNI0I0S LNI20IRŠNI IYIY0ŠāŪI0I2Y L0dzNIJ2āŠā
信貸諮詢機構、而於客戶欠帳時，任何債務追收代理或進行索償或調查服務之公司；
0UŠRNI NIŠRNIŠy0S I-3Šy0Iā I-YR IYūKS Š0Šyū 2T RŠT-I-dzŪē I-ye RŠ0 02TŠ0Ū2Y I-3Šy0Iā 2NI 02YLI-IyāŠ 0HUNeiy 2Y0tI-IY 2NI IY0ŠāŪI0I2Y āSNI0I0ŠT
根據對安我保險有限公司具約束力的任何法律，及就任何由政府、監管或任何其他機構所頒布且安我保險有限公司預期須遵守的任何規例、守則或指引而言，安我保險有限公司為有責任向其作出批露的任何人士；
I-ye LJŠNIā2Y 2NI LJHŪē ūē 0K2Y ūKS AVO IyAdzNI-Y0S /2YLI-I-ye IYIYŠR āē dzYRŠNI IY20I0I2Y ūē YI-IYŠ Rā0f2ādzNI dzYRŠNI ūKS NIŠIjdzNIYŠyūā 2T I-ye tI0 0IyRiYI 2Y ūKS AVO IyAdzNI-Y0S /2YLI-I-ye IYIYŠR I-YR t2NI ūKS LJdzNIJ2āŠ 2T I-ye NIŠdzNI-U2Yāē 02RŠNI 2NI 2dzIRŠNIyŠNI āādzŠR 0ē 2020IYIYŠyū I-I NIŠdzNI-U2NI 2NI 2UKŠNI I-dzŪK2NIāNIā 0KŪ 0KŪ0K ūKS AVO IyAdzNI-Y0S /2YLI-I-ye IYIYŠR NIŠ SĒLJŠ0ŠR ūē 02YLIēT
根據主管司法權區的法院的任何頒令人士；
I-ye LJŠNIā2Y LJdzNIAdzI-YŪ ūē I-ye 2NIŪŠNI 2T I-020NI 2T 02YLIŠyū 2dzNIāRŪ0I2Y
安我保險有限公司的任何實際或建議承讓人或安我保險有限公司對保單持有人的權利的受讓人；
I-ye I-0ŪdzI-I 2NI LNI2LI2āŠR āI3yŠŠ 2T AVO IyAdzNI-Y0S /2YLI-I-ye IYIYŠR 2NI ūNI-yātNIŠŠ 2T ūKS AVO IyAdzNI-Y0S /2YLI-I-ye IYIYŠRā NI3KŪā IYNIŠāLJŠ0Ū 2T ūKS LJ2NI0ē 20YŠNIāT
保險索償投訴局及同類的保險業機構；
ūKS IyAdzNI-Y0S /tI-Yā /2YLI-Iyūā .dzNI-I-Iz IYR āIYI-I-NIYRdzāŪē 02RŠIāt
現存或不時成立的任何保險公司協會或聯會或同類組織（「聯會」），以達到任何上述或有關目的，或以便「聯會」執行其監管職能，或其他基於保險業或任何「聯會」會員的利益而不時在合理要求下賦予「聯會」的職能；及透過「聯會」移轉予任何「聯會」的會員，以達到上述或有關目的。
I-ye Iā20I-U2Yz tŠRŠNI-U2Yz 2NI āIYI-I-NI 2NIYI-I-U2Yz 2T IyAdzNI-Y0S 02YLI-IyāŠ 00CŠRŠNI-U2Yyē ūKI-I ūē IāIā 2NI āē t2NIYŠR NI2Y ūIYŠ ūē ūIYŠ t2NI I-ye 2T ūKS I-020S 2NI NIStI-UŠR LJdzNIJ2āŠ 2NI ūē ŠyI-0tS ūKS 0CŠRŠNI-U2Yē ūē 0HUNē 2dzŪ āē NIŠdzNI-U2NIē t02YŪI2Yā 2NI ādz0K 2UKŠNI t02YŪI2Yā ūKI-I YI-I 0S I-āāIyŠR ūē ūKS 0CŠRŠNI-U2Yē NI2Y ūIYŠ ūē ūIYŠ I-YR NIŠ NIŠā2YI-0tē NIŠIjdzNIYŠ IYūKS IYŪŠNIŠāŪ 2T ūKS IyAdzNI-Y0S IYRdzāŪē 2NI I-ye YŠy0ŠNIā 2T ūKS 0CŠRŠNI-U2Yē I-YR I-ye YŠy0ŠNIā 2T ūKS 0CŠRŠNI-U2Yē 0ē ūKS 0CŠRŠNI-U2Yē t2NI I-ye 2T ūKS I-020S 2NI NIStI-UŠR LJdzNIJ2āŠā

本人/吾等授權貴公司可向「聯會」從保險業收集的資料中查閱及/或核對本人任何資料。本人/吾等明白本人/吾等有權查閱及要求更正由貴公司持有有關本人的個人資料。如有需要，本人/吾等將向貴公司辦公室提出 (電話: 2771 7213 · 傳真: 2771 7136)。

a 2NŠ2Š2Š ūKŠ /2Y LJ1-yē ā KŠNŠōē I-dzū2K2N1ŠR ū2 zōū1-y1-I-ŌŠŠā ū2 I-yē κ 2W ū2 ōŠNŠē I-yē 2T Yēκ2dzū R1-ŭ1-ō LŪK ūKŠ 1yT2WY1-ŭ2y ō2TŠōŠR ōē ūKŠ ōCŠRŠN1-ŭ2yē 1yT2Y ūKŠ 1yādzū1-yŌŠ 1yRdzāŭēL dzYRŠNāŭ1-yR L K1-ŌŠ ūKŠ N1KŪ ū2 zōū1-y1-I-ŌŠŠā ū2 I-yē ū2 ūŠ1jdzŠā ō2N1WŠŪ2y2T I-yē L1ŠNā2y1-yT2WY1-ŭ2y ō2yŌŠN1y1y YēāŠT KŠR ōē ūKŠ /2Y LJ1-yē wŠ1jdzŠā ū2W ādzŌ1-ŌŠŠā Ō1-yŌŠ Y1-RŠ ū2 ūKŠ !R1yNāŭ1-ŭ2yV5L1-ŭ1YŠV1 2T ūKŠ /2Y LJ1-yē ōCŠR hnp hpyT κ C1-ē hnpm hnpnū

根據私隱條例，安我保險有限公司及祥昇保險代理有限公司有權收取合理費用，藉以處理任何資料的查閱要求。 Ly'f0ōZwRt-yōS ōXk ūKs ūSiWYā ZT ūKs t'SūāzYl f 5tŭt ōt Wōtōēu hWŕlyl-yōS AVO Insurance Company Limited & t'StōStdtz LyādzWl-yōS Agency [Y'āūsR K-tā ūKs WāZKū ūZ ŌKt-WōS t- WStāzyt-ōtS t'SS TZW ūKs LjWZōSāālvZ ZT l-vē R't-l: tōōSāā WŠl'dzSāū

{ΛΞγI·údzNŜ 2F t2fΛŌëK2fŘŜN}

保單持有人簽署： _____

bI·YŜ 2T t2f\0ěK2fŘŜ

保單持有人姓名：

51.úŜ óŘŘkYŸkěěú 日期

(日/月/年) :

ψψψψψψψψψψψψψψψψψψψψψψψψψψψψψψ