

保單持有人資料 Policyholder Information			
名稱 Name	保單號碼 Policy No.		
地址 Address	電話號碼 Tel No.		
聯絡人 Contact Person	傳真號碼 Fax No.		
傷者資料 Injured Details			
姓名 Name	性別 Gender <input type="checkbox"/> 男 M <input type="checkbox"/> 女 F		
證件類別及號碼 ID Type & No.	出生日期 Date of Birth	電話號碼 Tel No.	
地址 Address			
職業 Occupation	公司名稱 Company Name		
公司地址 Office Address	公司電話 Office Tel No		
意外詳情 Details of Accident (如填寫位置不足, 請另紙書寫 Please continue on separate sheet if necessary)			
事發日期 Date of Accident	事發時間 Time of Accident	事發地點 Place of Accident	
事發詳細經過 Details of Accident			
1) 傷者在意外發生時是否受酒精或藥物所影響? Was the injured under the influence of alcohol or drugs at the time of the accidents? <input type="checkbox"/> 是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No			
2) 傷者在意外發生時是否身體虛弱、有殘障或疾病? Was the injured suffering from any physical infirmity, disability or sickness at the time of the accident? <input type="checkbox"/> 是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No			
3) 傷者有否就是次意外同時向其他保險公司提出索償? Have the injured proceed for claims regarding this accident with any insurance company? <input type="checkbox"/> 是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No			
若閣下對上列問題之回答為「是」, 請詳細說明。Please give details if you answer "Yes" to any of the questions above.			
請列目睹此意外之見證人資料。Please state the details of any person who witnessed this accident.			
姓名 Name	聯絡電話 Contact No.	住址 Address	
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	
傷勢及治療情況 Details of Injury and Treatment Status			
受傷部位 Region of Injury	受傷類型 Nature of Injury		
醫院、診所或醫生名稱 Name of hospital, clinic or physician	初診日期 Date of First Consultation		
治療情況 Treatment Status	<input type="checkbox"/> 門診 Out-patient	<input type="checkbox"/> 留院 In-patient	(住院日期由 In-patient period from _____ 至 To _____)
聲明及授權 Declaration & Authorization			
<p>本人聲明上述各項資料均為真實無誤, 且本人在本次意外中並無獲得任何其他保險索償。本人明白且同意 1) 如以上所列或本人將來提供的資料有虛假或隱瞞成分, 相關之保單將會作廢, 而一切賦予此保單之索償權利亦將撤銷。2) 忠誠澳門保險股份有限公司(下稱“忠誠澳門”)可將本表格或從其他途徑所得關於本人之個人資料用於保險業用途, 並可使用、儲存、透露及轉交該等資料予任何與忠誠澳門有關之人士、機構或選定之第三者, 包括其他與保險或再保險業務有關之公司、中介人、理賠調查員、醫療機構、顧問、政府機關或保險業組織。</p> <p>I declare that the above statements and particulars are true and correct, and I have no other insurance policy indemnifying me in respect of this accident. I understand and agree that: 1) if I have made or shall make any false statement or concealment, the related insurance shall be void and all rights recovery under this policy shall be forfeited. 2) Fidelidade Macau – Insurance Company Limited (hereinafter referred to as “Fidelidade Macau”) may use any of my personal information, contained herein or obtained otherwise, in its insurance business and may use, store, disclose and transfer such information to any individual or organization associated with or appointed by Fidelidade Macau, including any company carrying on insurance or reinsurance related business, intermediary, claims investigator, medical facility, advisor, government authority or industry association.</p>			
保單持有人簽署 Signature of Policyholder		簽署日期 Date Signed	

備註 Remarks:			
1. 保單持有人必須在獲悉意外發生時盡快通知保險公司。The Policyholder must inform the insurance company of an accident coming to its knowledge. 2. 請盡快提交所有相關文件及正本單據, 以免延誤處理索償程序。Please submit all relevant documents and original receipts as soon as possible to avoid any claims handling delay: a) 簽署妥當的索償申請表 Completed and signed claim form b) 傷者身份證副本 ID copy of the injured c) M7 醫療費單據、醫院醫藥費單據、醫療報告、X光報告、康復證明等 M7 medical receipts, hospital medical receipts, medical report, X-ray report, recovery certificate, etc. d) 如適用, 警察報告, 死亡證及/或任何相關文件 If applicable, police report, death certificate and or any relevant information			
此欄由本公司填寫 Internal Use Only			
保單號碼 Policy No.	索償編號 Claim No.	保險期限 Period of Insurance	開立日期 Open Date
_____	_____	_____	_____

人身意外保險索償程序

索償程序

1.1) 意外事故

1.1.1) 學生(如該學生已達 18 歲)或學生之家長 / 監護人於發生意外後應立即通知 貴院，並於意外事件發生後的十五個工作天內，填妥索償申報表連同以下文件一同交予忠誠澳門保險股份有限公司(下稱“本公司”)：

- 學生身份證副本
- 學生證副本
- 學生之家長 / 監護人身份證副本（如學生未成年）

* 索償申報表需由 貴學院負責人簽署及蓋章

1.1.2) 如經由主診醫生發出康復證明或已被斷定該事故傷者為傷殘，應將相關的證明書連同所有醫療費用收據的正本交回本公司。

1.1.3) 正常情況下，本公司在收妥索償所需的文件後之三十個工作天內將對受保障的個案作出賠償，賠償可透過 貴學院 / 本公司通知學生或其家長 / 監護人（如適用），賠償金會以劃線支票或銀行自動轉賬形式支付予學生或其家長 / 監護人（如適用）。

1.2) 死亡事故

1.2.1) 如屬意外死亡事故，需具以下文件並交予本公司進行理賠處理：

- 學生身份證副本
- 學生證副本
- 學生之家長 / 監護人身份證副本（如學生未成年）
- 澳門特別行政區政府發出之死亡證明書
- 澳門特別行政區政府公證署發出之確認繼承資格公證書
- 合法繼承人之身份證副本
- 安葬費用之收據

1.2.2) 正常情況下，本公司在收妥索償所需的文件後之三十個工作天內，將對受保障的個案作出賠償，賠償可透過 貴學院 / 本公司通知學生或其家長 / 監護人（如適用），賠償金會以劃線支票或銀行自動轉賬形式支付予其繼承人。

1.3) 意外醫療

1.3.1) 澳門仁伯爵綜合醫院、澳門特別行政區政府衛生局轄下之衛生中心、鏡湖醫院、科大醫院及所有於衛生局註冊的診所、醫療中心、中西醫生及跌打醫生等，均屬本保險的認可醫療服務。

1.3.2) 澳門以外的地區就醫的費用，只適用於由 貴學院所舉辦或安排的活動中出現的意外事故所致。

1.3.3) 正常情況下，本公司在收妥索償所需的文件後之三十個工作天內，將對受保障的個案作出賠償，賠償可透過 貴學院 / 本公司通知學生或其家長 / 監護人（如適用），賠償金會以劃線支票或銀行自動轉賬形式支付。