

Appeal Claims Decision Form

覆核理賠結果申請書



Name of Consultant 顧問姓名		Consultant Mobile Phone No. 顧問流動電話號碼	
Agent Code 顧問編號		Division Code & Branch Office 顧問分區組別及分行地點	

Part I - Claim Case 第一部份 - 理賠個案

Policy Number 保單號碼			
Name of Policyowner 保單持有人姓名		Name of Life Assured 受保人姓名	
Claim Type 索償類別	<input type="checkbox"/> Death Claim 身故理賠 <input type="checkbox"/> Crisis Claim 危疾保障理賠 <input type="checkbox"/> Hospital Claim 住院保障理賠	Event Date 事發日期	

Important Notes 重要事項：

- Please submit appeal within **90 days** from date of decision. 覆核申請需於理賠結果後 **90 天**內遞交。
- Please return the completed and signed form with all new medical evidence and / or other relevant information in relation to the appeal request to Life Claims.
請填寫及簽署表格後，連同所有與是次覆核有關理賠結果的新醫療證明及/或資料交回個人壽險理賠部。

Part II - Reason and Evidence Document for Appeal 第二部份 - 申請覆核理賠結果之原因及理據

<div>Signature of Consultant 顧問簽署</div> <div>Name of Consultant 顧問姓名</div> <div>Date 日期 (DD/MM/YYYY) 日/月/年</div>		
--	--	--

