




**SEVERITY-BASED HEALTH PROTECTION
SUPPLEMENTARY FORM**
嚴重程度健康保障附加表格

Policy Number 保單號碼	Name of Insured 受保人姓名	ID Card Number / Passport Number 身份證號碼 / 護照號碼	 P1370016
Area Code 區域編號	Agency / Broker Name 營業員組別 / 經紀名稱	Agent / Broker Code 營業員號碼 / 經紀號碼	
Agency Code 營業員組別編號	Agent / TR's Name 營業員 / 業務代表姓名	Agent / TR's Tel. No. 營業員 / 業務代表聯絡電話	
TR Membership Number 業務代表會員號碼	<input type="checkbox"/> IA	<input type="checkbox"/> ANG	

For proper follow up on your claims progress, your AIA financial planner / broker / IFA of your latest inforce policy can view this claim's information if no specific agent / broker / IFA / TR information is provided at above. 為了妥善地跟進您的賠償進度，若於以上沒有提供指定營業員 / 保險或理財顧問 / 業務代表資料，您最新生效保單的友邦財務策劃顧問 / 保險或理財顧問將能夠查閱是次申請資料。

If you do not agree on the above arrangement, please mark "✓" in the box. 如果您不同意上述安排，請於空格內劃上「✓」號。

SUPPLEMENT INFORMATION 附加資料

This form is only to be used for supplement additional information of a previously adjudicated claim. 此表格僅用於就先前所作出的賠償補充資料。 Please put a tick ✓ in the box of related request and provide its relevant supplementary information required. 請在有關項目空格劃上✓號及提供所需補充資料。

Note: Claim Form Part II stated at below refers to Severity-Based Health Protection Claim Form. 註：以下的索償表格第二部份是指嚴重程度健康保障索償表格。

Severity Factor – Surgery 嚴重程度因素 – 手術	Supplementary Information Required 所需補充資料
<input type="checkbox"/> Complexity of VHIS Surgery 自願醫保手術複雜程度	Proof of surgery, e.g. discharge summary 手術證明，如：出院總結
<input type="checkbox"/> Organ Transplant 器官移植	Claim Form Part II (Surgery) 索償表格第二部份(手術)
Severity Factor – Treatment 嚴重程度因素 – 治療	Supplementary Information Required 所需補充資料
Note 註： 1. Please provide treatment records, e.g. medication or treatment prescription AND 請遞交治療記錄，如：藥物或治療處方及 2. Please provide it's relevant supplementary information required 請遞交有關所需補充資料	
<input type="checkbox"/> Hospital Confinement at least 10 consecutive days 連續10日或以上之住院	Proof of Confinement, e.g. hospital bill with diagnosis proof 住院證明，如：住院收據及診斷證明
<input type="checkbox"/> Cancer / Carcinoma-in-situ 癌症 / 原位癌	Histological report 組織病理學報告
<input type="checkbox"/> Heart Attack 心臟病	i) Claim Form Part II (Heart Attack) ii) ECG and iii) Cardiac Enzymes / Troponin laboratory reports i) 索償表格第二部份(心臟病) ii) 心電圖及 iii) 心肌酵素 / 心肌旋轉蛋白檢驗報告
<input type="checkbox"/> Stroke 中風	i) Claim Form Part II (Stroke) and ii) Brain CT scan / MRI report i) 索償表格第二部份(中風)及 ii) 腦部電腦掃描 / 磁力共振報告
<input type="checkbox"/> Heart Failure 心臟衰竭	Claim Form Part II (Heart Failure) 索償表格第二部份(心臟衰竭)
<input type="checkbox"/> Liver Failure 肝衰竭	i) Claim Form Part II (Liver Failure) and ii) Brain CT Scan report i) 索償表格第二部份(肝衰竭)及 ii) 腦部電腦掃描報告
<input type="checkbox"/> Kidney Failure 腎衰竭	i) Claim Form Part II (Kidney Failure) and ii) Renal Function Test Report i) 索償表格第二部份(腎衰竭)及 ii) 腎功能檢查報告
<input type="checkbox"/> Lung Function Failure 肺功能衰竭	i) Claim Form Part II (Lung Function Failure) ii) FEV1 and iii) Arterial Blood Gas Analysis Report i) 索償表格第二部份(肺功能衰竭) ii) FEV1及 iii) 動脈血氣分析報告
Severity Factor – Intensive Hospital Stay 嚴重程度因素 – 嚴重住院	Supplementary Information Required 所需補充資料
<input type="checkbox"/> Hospital Confinement at Intensive Care Unit (ICU) 入住深切治療病房	Proof of ICU, e.g. hospital bill with diagnosis proof 深切治療病房證明，如：住院收據及診斷證明
<input type="checkbox"/> Coma 昏迷	Claim Form Part II (Intensive Hospital Stay) 索償表格第二部份(嚴重住院)
Severity Factor – Disability 嚴重程度因素 – 殘廢	Supplementary Information Required 所需補充資料
<input type="checkbox"/> Disability 殘廢	Claim Form Part II (Disability) 索償表格第二部份(殘廢)
Extra Severity Scores / Other Condition 嚴重程度額外分數 / 其他狀況	Supplementary Information Required 所需補充資料
<input type="checkbox"/> Heart Disease or Injury 心臟疾病或受傷	Proof of diagnosis, e.g. discharge summary 診斷證明，如：出院總結
<input type="checkbox"/> Brain Disease or Injury 腦部疾病或受傷	Proof of diagnosis, e.g. discharge summary 診斷證明，如：出院總結
Note : The supplementary information required as above is just for reference only. 註：以上所需補充資料只供參考。	

