



Third Party Liability Report/Claim Form

第三者責任遇事報告 / 索償申請表

This form must be completed truthfully and accurately. If the space is not enough or no applicable field available, please supplement information by attachment.
請正確填寫此申請表。如果表格空間不足或沒有適用之欄位，請以附件補充資料。

The list of documents required is not exhaustive and we reserve our right to request from you any additional information/documentation, as necessary. The submission of an incomplete form or insufficient information or supporting documents may delay the processing or result in the denial of your claim.
各部份之「所需文件」只是概括要求，本公司保留權利在有需要時要求閣下提供更多文件以處理有關的索償申請。如所遞交的索償申請表未填妥或有關資料或文件不足，閣下的索償申請有可能會受延誤或被拒絕。

The completed form should be returned to us together with all supporting documents as soon as possible at the following address:
請填妥索償申請表並連同所有有關文件盡快寄回以下地址：

AIG Insurance Hong Kong Limited
Claims Department
46/F, One Island East 18 Westlands Road Island East Hong Kong
Facsimile: 852 2838 9916
Email address: claims.hk@aig.com
www.aig.com.hk

美亞保險香港有限公司
賠償部
香港港島東華蘭路18號港島東中心46樓
傳真：852 2838 9916
電郵地址：claims.hk@aig.com
www.aig.com.hk

Section I - General Information 第一部份 一般資料

Policy/certificate no. 保單號碼：	Name of insured 保戶名稱：	Name of contact person 聯絡人姓名：
Contact person's e-mail address 聯絡人電郵地址：	Telephone no. (Office) 電話號碼(辦公室)：	Telephone no. (Mobile) 電話號碼(手提電話)：
Mailing address of insured 保戶聯絡地址：		
Name of agent/broker 經紀姓名：	Agent / broker's email address 經紀電郵地址：	Agent / broker's telephone no.(Mobile) 經紀電話號碼(手提電話)：
Please provide full details of all claims made against any insurance company in the past 5 years, if any. 於過去五年內，閣下有否向任何保險公司申請索償？如有，請詳細說明。		

Section II - Description of Incident 第二部份 事件發生詳情

Date of loss 損失發生日期： DD 日 MM 月 YYYY 年	Time of loss 時間： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> A.M. / P.M. 上午 / 下午	Place of loss 地點：
Full description of the incident 詳述事件發生的經過：		
Contact details (including name, address & telephone no.) of witness(es) or person(s) who discovered the loss 發現此事者或證人的聯絡資料(包括姓名、聯絡地址及電話號碼)：		
Name & address of the police/fire station where the incident was reported to, if any 報案警署 / 消防局名稱及地址(如適用)：		
Date of report 報案日期： DD 日 MM 月 YYYY 年	Time of report 報案時間： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> A.M. / P.M. 上午 / 下午	Report no. 案件編號：

