



## 医疗费用预先批核服务简易指南

### 请准备

- 已填妥之医疗费用预先批核表格
  - 第一部分：由投保人 / 申请人填写
  - 第二部分：申请人自费由主诊医生 / 手术医生填写（适用于住院或手术个案）
- 由医生 / 医院发出的服务费用预算（如有）
- 医生转介信或化验测试转介信（如有）

2

请于入院或接受医疗程序前最少两至四个工作天以电邮或传真提交以上表格及文件

电邮: [hk.pre-admission@aia.com](mailto:hk.pre-admission@aia.com)  
香港传真: (852) 3118 9083  
澳门传真: (853) 2831 5900

3

预先批核一经完成，我们会通知您有关结果

4

「免找数服务」一经安排，我们会向有关医院发出「付款保证书」。于医院登记时，请出示受保人之身份证明文件以作核实，并通知医院AIA已为病人发出「付款保证书」。

5

完成治疗后，医院会直接向我们递交医疗单据，我们会替您直接缴付有关已获批核的医疗开支。当理赔程序完成后，如有关医疗开支高于合资格保障应支付的赔偿额，我们会向您发出「差额付款保证书」，并于发信日十四天后直接从授权的信用卡中扣除。

### 请注意：

- 医疗费用预先批核服务或「免找数服务」为一项就受保人于治疗期间所衍生的受保开支而设的行政安排，而非保单保障内容，我们有权随时撤销此项服务而毋须另行通知，并保留绝对决定权。
- 如因不受保事项而引发之治疗或住院，均不会获发「付款保证书」
- 您须提供治疗资料及授权友邦从您授权的信用卡帐户中收取差额费用包括不受保障项目等（如有）
- 赔偿通知的实际日期须视乎医院递交齐备文件所需日数而有所不同
- 所有赔偿决定受医疗账单及保单条款及细则约束



### 医疗费用预先批核表格

请填写此表格并于入院或接受医疗程序前最少两至四个工作天，以电邮或传真方式递交

<b>第一部份 - 由受保人或申请人填写</b>	
保单号码 <input style="width: 95%; height: 30px;" type="text"/>	保单持有人联络电话号码 <input style="width: 95%; height: 30px;" type="text"/>
受保人（病人）姓名 <input style="width: 95%; height: 30px;" type="text"/>	
<b>1.1 通知有关业务代表</b>	
为了妥善地跟进您的预先批核申请进度，若于以下没有提供指定营业员 / 保险或理财顾问 / 业务代表资料，您最新生效保单的友邦财务策划顾问 / 保险或理财顾问将能够查阅是次申请资料。  <input type="checkbox"/> 若不同意此安排请放「X」	
营业员 / 经纪姓名 _____ 营业员 / 经纪联络电话号码 _____  营业员 / 经纪编号 _____ 业务代表会员编号 <input type="checkbox"/> PIBA <input type="checkbox"/> CIB <input type="checkbox"/> ANG <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<b>1.2 友邦或其他团体保险</b>	
有关是次治疗费用 您会否向友邦团体保险申请赔偿？如会，请提供雇主名称及受保证书编号 / 会员编号  _____  您会否向其他团体保险申请赔偿？ <input type="checkbox"/> 会 <input type="checkbox"/> 否	
<b>1.3 收取差额费用之信用卡授权书</b>	
如友邦直接向医院支付的费用超出是次住院就合格保障应支付的赔偿额，此授权书将授权友邦从以下信用卡户口收取有关差额。信用卡持卡人必须为此保单之保单持有人或受保人，或与保单持有人或受保人有直接关系，如配偶或父母或子女（或需提交关系证明文件）。友邦将于信用卡保留港币5,000元 / 澳门币5,000元或以上的信用额（视乎预计差额之金额而定），直至整个理赔程序完结为止。友邦将于收取差额费用十四天前发出差额付款通知书通知保单持有人有关差额详情。（请注意，我们只接受由香港 / 澳门银行发出之VISA / 万事达咭，或美国运通卡。就香港客户而言，我们亦接受中国建设银行（亚洲）银联双币信用卡）	
持卡人姓名 _____ 持卡人身份证 / 护照号码 _____ XXXX  信用卡号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 信用卡到期日 <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>  与受保人 / 保单持有人关系 <input type="checkbox"/> 受保人 / 保单持有人 <input type="checkbox"/> 受保人 / 保单持有人之（请注明） _____	
<b>本人授权及指示友邦从本人信用卡户口扣除到期之差额费用</b>     持卡人签署 _____ 日期（月/日/年） _____ 联络电话号码 _____	

**1.4 声明及授权**

本人 / 我们已阅读、明白并同意以下声明：

- (a) 递交此次预先批核表格或由贵公司签发出住院付款保证信均不能理解为贵公司承担有关赔偿责任。
- (b) 若贵公司曾为本人 / 我们 / 投保人支付任何不在受保障范围内的费用，或支付超出有关保障限额的费用时，贵公司将有权从第一页指定的信用卡中扣除任何相关的金额。若贵公司因有关信用卡户口的信用额不足，或不论任何其他原因以至未能收取该笔差额，贵公司将有权把应收款项从此保单，及 / 或任何由贵公司签发并以本人 / 我们 / 投保人作为保单持有人或信托人的保单所获支付予本人 / 我们 / 投保人的金额中抵销扣除，包括但不限于任何身故赔偿（法律允许的范围内）、红利或保费退还（不论何种原因）。

**个人资料收集及使用**

我 / 我们确认我 / 我们已阅读、明白及同意我 / 我们的保单缮发人及 / 或退休金计划服务提供者（即友邦(国际)有限公司（香港分行）、友邦(国际)有限公司（澳门分行）、友邦保险有限公司及 / 或友邦隼峰人寿有限公司（如适用））的个人资料收集声明（「该声明」），该声明可在以下网址下载

<https://www.aia.com.hk/zh-hk/privacy-statement-main>。

我 / 我们声明及同意在本申请所载或我 / 我们的保单缮发人及 / 或退休金计划服务提供者不时以任何方法收集、获得、编制或持有的任何个人资料及关于我 / 我们的保单、帐户或投资的其他资料，可根据该声明收集及使用。我 / 我们知悉及同意就该声明所述目的转移我 / 我们的个人资料至香港境外 / 境内（如保单 / 退休金计划在香港缮发）或澳门境外 / 境内（如保单 / 退休金计划在澳门缮发）（视乎情况而定）予该声明所载的资料承让人。该声明的符合相关守则及法规之最新版本可于以上网址下载及可供索取。

\_\_\_\_\_  
保单持有人签署

\_\_\_\_\_  
投保人签署 (若投保人年龄在18岁以下，本申请表格必须由监护人签署)

\_\_\_\_\_  
保单持有人姓名

\_\_\_\_\_  
投保人 / 监护人姓名

\_\_\_\_\_  
保单持有人身份证 / 护照号码

\_\_\_\_\_  
投保人 / 监护人身份证 / 护照号码

\_\_\_\_\_  
日期（月/日/年）

\_\_\_\_\_  
日期（月/日/年）

**第二部分 - 申请人自费由主诊医生 / 手术医生填写**

病人姓名 _____	病人身份证 / 护照号码 _____	性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
------------	--------------------	--

治疗地点

医院名称 \_\_\_\_\_

<input type="radio"/> 门诊 / 日间护理病房	<input type="checkbox"/> 诊所 / 医疗中心
<input type="radio"/> 普通病房	<input type="checkbox"/> 诊断 / 化验中心
<input type="radio"/> 半私家病房	<input type="checkbox"/> 其他 _____
<input type="radio"/> 私家病房	

详细地址 (如适用) \_\_\_\_\_

预计入院 / 治疗日期 _____ (月/日/年)	预计住院日数 _____
------------------------------	-----------------

**病人的病况及治疗详情**

1. 请描述病征或受伤部位 _____	2. 病征出现 / 意外日期 _____ (月/日/年)
------------------------	---------------------------------

3. 据您所知, 病人曾否患有类似或同类病况?

没有

有, 请提供诊治日期及详情 \_\_\_\_\_

4. 若病人的情况为上述意外引致:

a. 请详述意外经过 \_\_\_\_\_

b. 该受伤是否因下列情况导致或受其影响?

退化转变  是  否

酒精药物或麻醉剂影响  是  否

若是, 请详述 \_\_\_\_\_

5a. 建议之医疗 / 手术程序

\_\_\_\_\_

5b. 麻醉类别

全身麻醉 / 区域麻醉     局部麻醉     监察麻醉管理

如手术在监察麻醉下进行, 请注明住院原因

\_\_\_\_\_

6. 请详列化验 / 影像检查 / 其他诊断性检查

\_\_\_\_\_

7. 如属癌症治疗, 请提供以下资料

放射性治疗                      名称及次数 \_\_\_\_\_

化学 / 标靶 / 免疫治疗              药物名称及次数 \_\_\_\_\_

其他 \_\_\_\_\_

8. 预计费用（除非另有说明，否则费用以人民币计算）

- a. 每天病房费用 a. ¥ \_\_\_\_\_
- b. 医生每天巡房费 b1. ¥ \_\_\_\_\_  
（如多于一位医生，请列出明细及原因）  
 \_\_\_\_\_ b2. ¥ \_\_\_\_\_
- c. 外科手术费 c1. ¥ \_\_\_\_\_  
（如多于一项手术程序，请列出明细）  
 \_\_\_\_\_ c2. ¥ \_\_\_\_\_
- d. 麻醉师费 d. ¥ \_\_\_\_\_
- e. 手术室费 e. ¥ \_\_\_\_\_
- f. 手术用具、仪器及物料等费用 f. ¥ \_\_\_\_\_
- g. 其他医院费用 g. ¥ \_\_\_\_\_
- 预计总费用** **¥ \_\_\_\_\_**

9a. 是次检查、治疗、及住院日数（如适用）是否和上述病征有直接关系而且是医疗所需及由医生建议？

是  否，请详述 \_\_\_\_\_

**如病人需要住院，请回答以下问题**

9b. 是次检查/手术所需的设备仅设置于医院？

是  否，请说明住院原因 \_\_\_\_\_

9c. 是次检查/手术可否在门诊/日间手术中心进行？

可以，请说明住院原因 \_\_\_\_\_

不可以，请说明原因 \_\_\_\_\_

9d. 请注明临床风险及须留院的医疗原因

- 现时健康状况(合并)症
- 预期手术时存在较高风险
- 预期手术后存在较高风险
- 其他，请说明必须入院的原因

请说明

9e. 这是否医疗紧急个案？

否  是，请说明 \_\_\_\_\_

医生资料

除专业身份外，您与病人/索偿人/友邦财务策划顾问/保险经纪是否有其他关系？

否  是，请说明 \_\_\_\_\_

本人/我们现声明此申请书上所填资料为本人/我们所知及所信之事实

姓名: \_\_\_\_\_ 联络电话号码: \_\_\_\_\_

签署及印章: \_\_\_\_\_ 日期 (月/日/年): \_\_\_\_\_