



预先批核服务查询热线

香港：至尊医疗计划 (852) 2232 8870

其他医疗计划 (852) 2232 8888

澳门：(853) 8988 1822

中国内地：4008 428 009

(须有国际长途电话功能)

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

若您无法提供已填写的医疗费用预先批核表格（第二部分），您可以选择提交以下文件：

☐ 由医生 / 医院发出的服务费用预算

☐ 医生转介信或化验测试转介信

请于入院或接受医疗程序前最少**2至4个工作日**，通过以下其中一种方式提交申请：

• **AIA+手机应用程序**：于「索偿」选项中选择「预先批核」，并上载所需文件及填写资料

• **电邮或传真**：提交表格及相关文件

> 电邮：hk.pre-admission@aia.com

> 传真：香港 (852) 3118 9083；澳門 (853) 2831 5900

预先批核一经完成，我们会通过以下途径通知您结果：

• AIA+手机应用程序的「通知」功能

• 发送电邮至保单记录中已登记的电邮地址

• 发送短讯至保单记录中已登记的手机号码

您也可以在AIA+手机应用程序查看状态並提供信用卡授权。

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」。

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通知书，并于发信日十四天后直接从授权的信用卡中扣除。

- i) 医疗费用预先批核服务及出院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，而并非保单保障内容，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。
- ii) 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」。
- iii) 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）。
- iv) 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。
- v) 所有赔偿决定受医疗账单及保单条款及细则约束。



若透过 AIA+ 手机应用程序递交申请医疗费用预先核准申请，无需填写此表格的第一部分。
您可进一步安排主诊医生填写表格第二部分。

医疗费用预先批核表格

第一部份 - 由受保人或申请人填写					
保单号码 	保单持有人联络电话号码 				
请注明是否需要将其他保单纳入预先批核评估 ☐ 适用于受保人所有保单 ☐ 适用于以下保单： _____ 注意：仅会纳入已获保单持有人书面同意的保单进行评估。为确保迅速处理，建议申请人将所有保单持有人的同意文件与本申请一并递交。 请注明受保人（病人）姓名 					
1.1 通知有关业务代表					
为了妥善地跟进您的医疗费用预先批核申请进度，若于以下没有提供指定营业员/保险经纪或独立理财顾问/业务代表资料，您最新生效保单的友邦保险财务策划顾问/保险经纪或独立理财顾问将能够查阅是次申请资料。 ☐ 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 _____ XXXX				
营业员/经纪编号 _____	业务代表会员编号 ☐ IA ☐ ANG				
1.2 友邦或其他团体保险					
有关是次治疗费用 您会否向友邦团体保险申请赔偿？如会，请提供雇主名称及证书编号/会员编号。 _____ _____ 请以1, 2表示你所选择的理赔顺序 <table><tr><td>☐</td><td>友邦个人医疗保险</td><td>☐</td><td>友邦团队医疗保险</td></tr></table> 您会否向其他团体保险申请赔偿？ ☐ 会 ☐ 否 ☐ 如您要求于理赔完成后退回收据认证真本，请在方格内划上「X」号。		☐	友邦个人医疗保险	☐	友邦团队医疗保险
☐	友邦个人医疗保险	☐	友邦团队医疗保险		

1.3 收取差额费用之信用卡授权书

注意：如果您通过此表格提供信用卡授权，表示您同意我们在批准出院免找数服务后向医院发出「付款保证书」并安排相关服务。若您不想通过此表格提供信用卡授权，您可以在我们批准出院免找数服务后，通过 AIA+ 手机应用程序完成授权。

如友邦直接向医院支付的费用超出是次医疗程序就合资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VISA / 万事达咭或美国运通卡。）

持卡人姓名 _____

信用卡号码

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

信用卡到期日

--	--

 -

--	--

与受保人 / 保单持有人关系 ☐ 受保人 / 保单持有人 ☐ 受保人 / 保单持有人之（请注明）_____

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

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 / 受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 / 受保人作为保单持有人或信托人的保单所获支付予人 / 我们 / 受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／我们的保单续发人及／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

受保人签署 (若受保人年龄在18岁以下, 本申请表格必须由监护人签署)

保单持有人姓名

受保人/监护人姓名

保单持有人身份证 / 护照号码

受保人 / 监护人身份证 / 护照号码

日期 (月/日/年)

日期 (月/日/年)

第二部份—申请人自费由主诊医生 / 手术医生填写

病人姓名	病人之身份证 / 护照号码	性别 ☐ 男 ☐ 女
_____	_____	

治疗地点

☐ 医院 名称 _____

☐ 门诊 ☐ 半私家病房

☐ 日间护理病房 ☐ 私家病房

☐ 普通病房

(如地点并非香港, 请提供详细地址)

详细地址 _____

☐ 诊所 / 医疗中心

☐ 诊断 / 化验中心

☐ 其他 _____

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

3. 首次求诊日期日期
_____ (月/日/年)

4. 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 _____

5. 若病人的情况为上述意外引致

a. 请说明意外经过 _____

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 _____

6. 请提供初步诊断

7a. 议之医疗 / 手术程序

7b. 麻醉类别

☐ 全身麻醉 / 区域麻醉 ☐ 局部麻醉 ☐ 监护麻醉管理

8. 如手术在监察麻醉下进行, 请注明住院原因

请提供手术的临床依据

a. 是否已进行任何影像检 / 其他诊断检查

☐ 是 – 请提供检查结果并附上报告副本

☐ 否 – 请提供原因

b. 是否曾有治疗无效的情况

☐ 是 – 请提供治疗详情及反应

☐ 否 – 请提供原因

c. 建议进行手术的具体原因或病况

☐ 治疗技术：
 ☐ 导航刀
 ☐ 强度调控放射治疗 (IMRT)
 ☐ 磁力共振导航放射治疗
 ☐ 螺旋放射治疗
 ☐ 体积旋转调控放射治疗 (VMAT)
 ☐ 其他请详细说明 _____

□ 标靶治疗：药物名称及次数 _____

☐ 是 ☐ 否

a. 临床试验阶段

a. \$ _____

b1. \$ _____

b2. \$ _____

c1. \$ _____

c2. \$ _____

d. \$ _____

e. \$ _____

f. \$ _____

g. \$ _____

h. \$ _____

\$ _____

12a. 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

12b. 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 _____

12c. 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 _____

☐ 可以，请说明住院原因 _____

12d. 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
- ☐ 预期手术時存在较高风险
- ☐ 预期手术后存在较高风险
- ☐ 其他，请注明必须入院的原因

请说明

9e. 这是否医疗紧急个案？

☐ 否 ☐ 是 请说明 _____

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皆为本人 / 我们所知及所信之事实及其全部。

医生姓名（附资历）

地址及联络电话号码

签署及印章：_____ 日期（月/日/年）：_____