



## 医疗赔偿申请表



若通过AIA+手机应用程序递交索赔申请，无需填写此表格的第一部分。您可进一步安排主诊医师填写表格第二部分。

## 第一部分（由受保人或申请人填写）

保单号码

受保人姓名

身份证号码 / 护照号码

请指定以下人士之一负责跟进本次索赔申请。

保单记录中的营业员

其他营业员 / 保险经纪或独立理财顾问 / 业务代表，资料如下：

区域编号

营业员组别 / 经纪名称

营业员号码 / 经纪号码

营业员组别编号

营业员 / 业务代表姓名

营业员 / 业务代表联络电话

业务代表会员号码

 IA ANG

保单持有人

为了妥善地跟进您的索赔进度，若于以上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。

如果您不同意上述安排，请于空格内划上「X」号。



02002022

## 索偿类别

意外医疗费用赔偿

医疗费用赔偿

健康赏

意外 / 每周赔偿

住院入息 / 惠益

骨折惠益

自选团体保障

注：请选择适用项目，否则我们将评估您所有符合条件的保障利益。

## 理赔次序

请以1, 2, 3表示你所选择的理赔顺序

友邦个人医疗保险
----------

友邦团体医疗保险
----------

其他保险公司
--------

请提供以下资料及递交有关的赔偿金额通知书（如适用）：

(I) 友邦团体医疗保险保单：1) 团体保单号码及雇主名称、2) 会员 / 证书编号、3) 员工姓名及4) 与员工的关系

(II) 其他保险公司：1) 其他保险公司名称、2) 保单号码、3) 受保人姓名及4) 保单持有人名称

若受保人或保单持有人同时持有友邦保险(国际)有限公司、友邦保险有限公司及/或友邦隼峰人寿有限公司之保单，相关索赔（包括登记「转数快」或「电子入账服务」）将会一并处理。此外，此表格内之「声明及授权」及「个人资料收集及使用」亦同时适用于友邦保险(国际)有限公司、友邦保险有限公司及友邦隼峰人寿有限公司。

如果您不同意上述安排，请在空格内划上「X」号。





**「友邦电子通知书」**

如欲申请此服务，请于空格内划上「X」号。  
 申请「友邦电子通知书」网上服务，可通过AIA+手机应用程序查阅或下载上述保单及下列其他保单号码（如有）的电子副本，并受「AIA+使用条款及细则」约束，相关条款及细则可在<https://www.aia.com.hk/aia-plus/zh-cn/tnc> 查看。

\* 电子邮箱地址： 持有人签署：

其他保单号码：

不适用于保单号码以「C」为首的一般保险保单。

**无索偿折扣（只适用于享有无索偿折扣的产品）**

**重要提示**

保单持有人须按《保险业（征费）规例》（“规例”）在缴交保费时向本公司一并缴交法定保费征费，并由本公司把保费征费转付至保险业监局（“保监局”）。如保单持有人没有缴付保费征费，或被视为违反规例，保监局可向该人施加不超过港元5,000元的罚款，而欠付的征费及罚款可作为欠保监局的民事债项而由该局追讨。

**声明及授权**

本人/我们声明，本人/我们为此索偿申请书中列明的保单之持有人/受让人/信托人/受益人（视情况而定）。除非于左列空格划上「X」号，否则本人/我们完全同意如有关保单因是次索偿而终止，公司会从赔偿金额及保险赔偿金中扣除有关保单尚欠的保费征费（如适用）。于保单索偿程序展开时已授权公司作出扣除的保单持有人/受让人/信托人/受益人将平均承担保单所有尚欠的保费征费。本人/我们明白及承认如保单持有人过期缴保费征费，公司须向保险业监局提供保单持有人的资料。

**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。

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**声明及授权**

本人/我们现声明以上每一项答案为完全和真确及确认是次向友邦(国际)有限公司、友邦保险有限公司及/或友邦隼峰人寿有限公司（以下简称「公司」）递交之单据乃由本人/我们之医生发出，单据所载之医疗费用经已全数缴付。

本人/我们特此授权：

- (a) 任何知悉或拥有本人/我们/被保人之工作、病假纪录、意外或损失（任何类别）之详情、健康状况、病历或任何治疗或咨询纪录及曾为或将为本人/我们/被保人诊治之任何机构、组织或人士，向友邦保险透露有关资料，不得撤回，即使本人/我们/被保人死亡或丧失能力，此授权书仍然存有法律效力，而本人/我们/被保人之继承人及转让人亦会受此授权书约束。此授权书之正本与副本同属有效。
- (b) 贵公司或任何其认可之验身医生或化验所，替本人/我们/被保人进行所需之医疗评估及测试，并对本人/我们/被保人之健康状况进行审核及评估，作为处理本申请及其后与之有关的赔偿事宜，不得撤回。此等化验会包括，但并不限于，胆固醇及有关之血脂、糖尿病、肾或肝功能失常、爱滋病或感染人体免疫力缺乏病毒、免疫系统失常或体内药物、毒品、尼古丁及其代产品之含量等化验。
- (c) 所收集的个人资料会被用作(i)评估、处理、审核及厘定您的索偿申请或服务转介及(ii)分析、调查、批核及/或厘定您的索偿申请之用及转移至友邦保险授权之医疗网络或其相关之附属成员/代名人/附属公司（「第三方管理人」）。您授权我们转移您的个人资料给予第三方管理人，并进一步授权所有第三方管理人在收到您的个人资料后，他们可以处理您的个人资料并将您的个人资料转移至友邦保险作处理保单行政事宜，并为您提供保险服务。然而所收集的个人资料未经您授权将不会转移至该第三方管理人。您可选择不向我们提供所需的个人资料，惟这样可能导致未能获得任何上述的服务。

--

持有人/信托人签署  
(请勿在空白表格上签署，并确保签名与保单申请书一致)

--

受保人签署，如非持有人/信托人  
(请勿在空白表格上签署，并确保签名与保单申请书一致)  
(年满十八岁必须签署)

姓名	
----	--

姓名	
----	--

身份证/护照号码	
----------	--

日期	
----	--

身份证/护照号码	
----------	--

日期	
----	--

与受保人关系	
--------	--

见证人签署	
-------	--

姓名	
----	--

日期	
----	--

**第二部分 申请人自费由主诊医生 / 手术医生填写**

1. (a) 病人姓名  (c) 年龄

(b) 身份证 / 护照号码  (d) 性别

2. 住院  
 医院名称：  
 入院日期 月 日 年 出院日期 月 日 年  
 入住深切治疗部日期 由 月 日 年 至 月 日 年

3. 此次住院 / 手术 / 检验的主要原因

4. 首次出现病症日期或意外发生日期 月 日 年

5. 病人就此病症或相关疾病的首次求诊日期 月 日 年

6. 最终诊断 / 病理诊断  国际疾病分类代码(ICD-10)

7. 医疗 / 手术程序  手术日期：月 日 年  
 手术名称 (请提供目前使用医疗服务术语代码)  
  
 如多于一位医生，请说明医生的角色及原因

8. 请提供手术的临床依据

a. 是否已进行任何影像检查 / 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

9 a. 是次检查、治疗、及住院日数 (如适用) 是否和上述病症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

b. 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

c. 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

d. 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, 请注明必须入院的原因

e. 这是否医疗紧急个案?  
 否  是, 请说明

请说明

10. 出院摘要：（治疗及以后治疗计划，包括诊查办法、结果，并发症及跟进计划）

11. 据阁下所知，病人以前有没有患有同类病况？

有  没有

如有，请说明何时及当时情况：

日期  月  日  年

治疗详情

12. 病人是不是经其他医生转介？

有  没有

转介医生的姓名和地址：

13 如属癌症治疗，请提供以下资料：

a. 病人的癌症治疗方案包括药物名称、剂量、治疗方式、次数等资料

放射性治疗： 次数\_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

化疗：药物名称及次数 \_\_\_\_\_

标靶治疗：药物名称及次数 \_\_\_\_\_

免疫治疗：药物名称及次数 \_\_\_\_\_

其他：请详细说明

b. 上述处方药物是否属于临床试验？

是  否

如「是」，请提供以下资料。

i. 临床试验阶段

ii. 使用该试验药物的医疗理据

iii. 请注明并提供支持文件，例如相关医学期刊文章，并与本申请一并递交。

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。

主诊 / 专科医生的姓名（资历）

签名（盖印）

地址及电话

日期



下载 AIA+ 手机应用程序以便轻松管理您的保单！