睿智环球医疗保障计划

健康保险索赔申请表

请完整填写此表格以保证您的申请能被快速、准确处理；
请务必提供本表格中的所有信息，否则我们无法为您处理您的申请；
出具本申请表并不代表保险人承认责任。

保险公司专用

事先授权号：
受理日期：
接受人：

第一部分 - 基本信息（投保人填写）	
投保人：	保险单号：
邮箱：	联系电话：
被保险人/索赔申请人资料	
被保险人/索赔人姓名：	出生日期（日/月/年）：
证件号码：	性别： ☐ 男 ☐ 女
邮箱：	联系电话：
保险计划：	
团体保单投保人	
雇主姓名：	雇员职位：
入职日期（日/月/年）：	授权人员姓名：

第二部分 - 医疗信息			
是否曾经针对本病症/并发症或症状去医院或其他医疗机构（包括但不限于诊所、中医）咨询或接受检查、治疗 ☐ 是 ☐ 否 如回答“是”，请在下列表格中具体列明：			
日期（日/月/年）	疾病/伤残名称以及接受过何种治疗：	就诊医院名称/医生姓名：	联系地址/电话：
列明被保险人常用的医生/医院，如果不适用，请填写“无”。			
日期（日/月/年）	疾病/伤残名称以及接受过何种治疗：	就诊医院名称/医生姓名：	联系地址/电话：

2.1 是否申请现金补贴：	☐ 是 ☐ 否
2.2 是否申请公立医院津贴：	☐ 是 ☐ 否
若您在保障范围外就诊并申请索赔，请完成以下问题：	
2.3 接受治疗的国家：	
2.4 出境原因：	
出发和返回日期（日/月/年）：	出发： 返回：

AXA 安盛

第三部分 - 其它信息	
3.1 是否向其他保险公司索赔？ （如回答为“是”，请提供其他保险公司名称， 保单号码及理赔支付清单） ☐是 ☐否 如回答为“是”：_____	3.2 治疗是否由于意外事故导致？ （如回答为“是”，请说明详细情况） ☐是 ☐否 如回答为“是”：_____

第四部分 - 医疗信息（理赔金额大于USD200或RMB1，500必须由主治医生填写并签字）		
症状：	病人首次意识到此病症的任何征兆 或症状的时间（日/月/年）：	病人首次就此病症寻求医生 治疗的时间（日/月/年）：
诊断结果：		
检验检查（请列明对于诊断所必需的检验检查）：		
后续治疗计划：		
（针对孕产理赔）是否为自然受孕？		☐是 ☐否
（针对住院治疗）入院日（日/月/年）：		
治疗意见（适用于预先授权申请）		
医院名称：	治疗日期（日/月/年）：	
治疗计划：	预计治疗天数：	
病房类型： 每晚病房费用： 预估病房费用及医院杂项费用总额：	预估医生费用（i+ii）： i. 日间查房费用： ii. 手术费用： 预估麻醉师费用： 预估总额：	
主治医生确认条款		
作为本患者的主治医生，我确认以上信息是基于我的医学知识作出的准确且正确的诊断。		
姓名：	联系电话：	日期（日/月/年）：
医院签章：	签名：	

- 以下无正文 -

AXA 安盛

第五部分 - 投保人确认条款及授权

本人声明和授权：

1. 我授权医生，医院/诊所或其他医疗机构提供我（或成为被保险人的家庭成员）诊断和/或药物治疗的信息和/或医疗记录。
2. 我授权安盛天平财产保险有限公司及其指定的第三方管理公司基于理赔流程需要从医生，医院/诊所或其他医疗机构获得我（或成为被保险人的家庭成员）的所有医疗信息。
3. 本入院申请/事先授权书上的信息均为真实有效，我同意此授权书即时生效。
4. 本声明的复印件与原件同属有效。
5. 我同意即使安盛天平财产保险有限公司已经承担部分费用，若我（或成为被保险人的家庭成员）的理赔不在保障范围内，安盛天平财产保险有限公司无须承担后续治疗费用或类似的治疗费用。
6. 我授权我的财务顾问/代理/代理和我的保险公司就病症进行必要的讨论或建议。

   ☐ 请钩选不授权我的财务顾问/代理/代理和我的保险公司就病症进行必要的讨论或建议。

7. 我同意安盛天平财产保险有限公司在以下范围内，向境外接收方提供我的个人信息。

境外接收方名称	联系方式	处理目的	处理方式	个人信息种类	您向境外接收方行使相关权利的方式和程序
AXA Life and Health Reinsurance Solutions PTE. LTD.	Enquiries.ALHRS @axa.com	对于超出安盛天平理赔权限的案件，向安盛集团指定的境外管理机构（本表所列的境外接收方）提供该案件的理赔明细数据，申请审批	数据审批	本索赔申请表“第六部分-所需索赔材料”所列资料中包含的个人信息	您可通过列表中提供的联系方式进行联系
AXA Global Healthcare (UK) Limited	+44 (0)1892 503 856				

投保人签名：	日期（日/月/年）：	
被保险人/投保人姓名：	被保险人/投保人证件号码：	被保险人/投保人关系：
被保险人/投保人签名：	邮寄地址：	联系电话：
财务顾问/代理姓名：	联系电话：	

第六部分 - 所需索赔资料

- ☐ 填写完整的索赔申请表（原件）
- ☐ 医院/注册医师签发的医药费原始发票（原件）
- ☐ 完整的病历、费用清单，医院签发的所有检查检验报告单（原件）
- ☐ 处方（原件/经核准的复印件）
- ☐ 出院小结原件（若有）
- ☐ 被保险人身份证复印件

第七部分 - 索赔信息

索赔金额：	
银行电汇（开户人必须为被保险人/其监护人）	
开户人姓名：	银行SWIFT码：
银行账号：	分支行：
开户银行：	银行地址：

如果您有任何疑问，请随时联系我们的健康服务团队。

联系电话：400 920 3123，中国境外请拨打 +86 400 920 3123，请在致电时提供您的医疗卡号码。

索赔申请人应正确详细地填写此申请表，并将此页所列索赔所需的文件交回：

收件人：高端医疗服务组（收）

地址：上海市静安区万航渡路623弄85号建华大楼3F　　邮编：200040

电话：400 920 3123

WECHAT OFFICIAL ACCOUNT
微信公众号

AXA 安盛