

智选企航团体医疗保障计划

健康保险索赔申请表

索赔申请人应正确详细地完整填写此申请表, 并将后页所列索赔所需的文件于索赔事由发生30天内交回:

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
北京市朝阳区建国门外大街22号赛特广场3幢3层30308室 邮编: 100022
电话: 400 920 3123
视索赔性质及金额, 保险公司有权要求进一步资料。每份申请表仅限一位索赔申请人填写。



第一部分 被保险人/索赔申请人资料			
保单号码:	姓名:	性别:	年龄:
职业:	身份证号码:		
联系电话:	电邮地址:		
通讯地址:	邮政编码:		
索赔申请人如为未成年人请注明: 监护人姓名:	与索赔申请人关系:		

第二部分 意外适用 (如索赔本项, 请务必填写)		
意外发生之日期:	时间 (上午/下午):	意外发生之确切地点:
请详述意外发生的原因和经过:		
受伤部位:	伤势情况:	
有无报警记录 ☐ 有 (请提交警方处理结果) ☐ 没有		

疾病适用 (如索赔本项, 请务必填写)	
疾病的名称及症状:	
在首次就诊前该症状已存在多久:	首次就诊的诊所/医院:
首次就诊的日期 (日/月/年):	诊所/医院名称:
主诊医生:	疾病诊断:



住院索赔 (因意外或疾病而入住医院, 须填写此部分)	
医院名称:	主诊医生:
入院日期 (日/月/年):	出院日期 (日/月/年):
出院诊断:	

第三部分 其它保险公司索赔	
是否向其他保险公司索赔? 如有, 请说明:	
保险公司:	保险单号码:
索赔项目:	索赔/已赔付金额 ¥:

第四部分 银行账户资料赔款将通过银行转账支付。任何索赔申请, 均须填写此部分		
户名:	开户银行:	账户:

第五部分 索赔项目, 金额及所需索赔资料:		
索赔项目	所需理赔资料	索赔金额
住院保险金	1. 完整的门诊病历、出院小结原件及费用清单; 2. 医院/注册医师签发的医药费原始发票原件; 3. 医院签发的所有检查检验报告单; 4. 救护车费用的原始发票原件 (如有); 5. 医院/注册医师签发的器官移植的医嘱记录及原始发票原件 (如有); 6. 医院/注册医师签发的义肢/人造假体的医嘱记录及费用原始发票原件 (如有); 7. 医院/注册医师签发的非住院肾透析及癌症治疗的医嘱记录及原始发票原件 (如有); 8. 保险公司所需的其他与索赔相关的证明和资料。 9. 如为未成年人, 需提供关系证明 (出生证或户口簿关系页)	
器官移植		
义肢/人造假体		
非住院肾透析及癌症治疗		
意外牙科治疗	1. 完整的急诊病历及费用清单; 2. 医院/注册医师签发的医药费原始发票原件; 3. 同一牙医/医师在意外发生三十天内提供的后续门诊治疗费用的原始发票原件。 4. 如为未成年人, 需提供关系证明 (出生证或户口簿关系页)	
意外门诊紧急治疗		
门诊保障 (附加险)	1. 完整的急诊病历及费用清单; 2. 医院签发的所有检查检验报告单; 3. 医院/注册医师签发的门诊费用的原始发票原件。 4. 如为未成年人, 需提供关系证明 (出生证或户口簿关系页)	

第六部分 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。

☐ 请勾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“第五部分-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				

索赔申请人签署：

监护人签署(若索赔申请人为未成年人)：

日期(日/月/年)：

如果您对医疗费用结算结果不满意, 且您的理赔申诉通过热线电话或客服邮箱未得到有效解决, 您可以通过电子邮件的方式联系我们的理赔申诉受理邮箱 claims-appeal@axatp.com, 我们会为您启动理赔申诉审核流程。理赔申诉受理小组收到您的申诉后会尽快进行审核并在10个工作日内给予答复。

- 以下无正文 -