

卓越環球個人醫療保障計劃

健康保險索賠申請表

索賠申請人應正確詳細地填寫此申請表，並將後頁所列索賠所需的文件於索賠事由發生30天內交回：

中間帶（北京）技術服務有限公司

中國北京市朝陽區朝陽門北大街乙12號天辰大廈1405室 郵編：100020

聯繫電話：400 920 3123，中國境外請撥打 +86 400 920 3123

視索賠性質及金額，保險公司有权要求進一步資料。每份申請表仅限一位索賠申請人填寫。



WECHAT
OFFICIAL ACCOUNT
微信公眾號

第一部分 - 被保險人/索賠申請人資料

保單號碼:	姓名:	性別:	年齡:
職業:	身份證號碼:		
聯繫電話:	電郵地址:		
通訊地址:	郵政編碼:		
索賠申請人如為未成年人請註明： 監護人姓名:	與索賠申請人關係:		

第二部分 - 意外適用（如索賠本項，請務必填寫）

意外發生之日期:	時間（上午/下午）:	意外發生之確切地點:
請詳述意外發生的原因和經過:		
受傷部位:	傷勢情況:	
有無報警記錄	<input type="checkbox"/> 有（請提交警方處理結果）	<input type="checkbox"/> 沒有

疾病適用（如索賠本項，請務必填寫）

疾病的名稱及症狀:	
在首次就診前該症狀已存在多久:	首次就診的診所/醫院:
首次就診的日期（日/月/年）:	診所/醫院名稱:
主診醫生:	疾病診斷:

住院索賠（因意外或疾病而入住醫院，須填寫此部分）

醫院名稱:	主診醫生:
入院日期（日/月/年）:	出院日期（日/月/年）:
出院診斷:	

第三部分 - 其他保险公司索赔

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:	索偿/已赔付金额 ¥:

第四部分 - 银行帐户资料 赔款将通过银行转帐支付。任何索赔申请, 均须填写此部分

户名:	开户银行:	帐号:
-----	-------	-----

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. 家庭看护费用的原始发票原件(如有); 6. 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); 7. 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); 8. 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); 9. 保险公司所需的其他与索赔相关的证明和资料。	
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。	
意外门诊紧急治疗		
门诊保障(附加险)	1. 完整的门诊病历及费用清单; 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/牙科/生育费用的原始发票原件。	
牙科保障(附加险)		
生育保障(附加险)		

第六部分 - 声明及授权

本索赔申请表签署人(等)谨此声明, 就我等所知所信, 上陈述绝无虚假和隐瞒。我(等)明白保险合同的各项规定, 不因安盛天平财产保险股份有限公司(“贵公司”)代表提供或制备本表或贵公司接受或保留索赔证明, 而受任何影响。

本索赔申请表签署人(等)授权任何知悉或拥有本人/被保险人之健康状况及病历或任何治疗或咨询记录、意外事故细节及曾为或将为本人/被保险人之诊治之医生, 医院, 诊所, 公安部门, 保险公司或任何机构、组织或人士, 向贵公司或其代理人透露有关资料, 不得撤回, 即使本人/被保险人死亡或丧失民事行为能力, 此授权书仍然具有法律效力, 而本人/被保险人之继承人及受让人也会受本授权书约束。本授权之复印件与原件同属有效。

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):	

- 以下无正文 -