

住院及手術索償申請表

個人/僱員福利/InternationalExclusive會員適用

安盛金融有限公司
安盛保險有限公司

郵寄填妥的索償申請表至

索償部：香港九龍尖沙咀郵政信箱 90854 號

保單編號以 1 & ZA/ZE 為開端

☎ (852) 2523 3061

保單編號以 0/4/7 為開端

☎ (852) 2519 1166

保單編號以 HA 為開端

☎ (852) 2867 8680

查詢 / 遞交索償

✉ healthcare@axa.com.hk

僱員福利會員適用 (InternationalExclusive會員除外)

立即下載

盡享網上平台帶來之方便！



甲部—由受保人填寫

1. 受保人資料

請在您的康健卡或e-康健卡找出以下資料。如資料有所欠缺，可能會延誤您的索償。請用英文正楷填寫此部分。

僱主名稱 / 保單持有人			
僱員姓名 (僱員福利會員適用)		病者姓名	
保單號碼		成員 / 證書號碼 (僱員福利會員適用)	__ _ __ _ __ _ __ _ __ _
手機號碼 (病者)		電郵 (病者)	

滙安心保單適用

如欲將是次索償之醫療費用餘額於滙安心保單上提出索償，請在空格內填上「✓」號及提供滙安心保單號碼。
索償付款首先將從受保人的團體醫療保險中支付(如有)，餘下合資格開支將由滙安心支付(受限於保單內容)。

滙安心保單號碼：_____

其他 AXA 安盛醫療保單適用

如欲將是次索償之醫療費用餘額於其他 AXA 安盛之保單上提出索償，請在空格內填上「✓」號及提供保單資料：

(1) 保單號碼 _____ 保障計劃 _____

(2) 保單號碼 _____ 保障計劃 _____

2. 退還文件的核實副本

正本文件包括收據並不會退還。

如欲索取正本文件的核實副本，請在空格內填上「✓」號。

3. 醫療診治

根據以下情形，索償申請將不獲辦理：

> 索償申請表於求診 / 治療日 90 日後遞交

> 所需資料不足

本索償將會以您之保單內容及保單條款為準。

首次診症	醫生姓名		
	求診日期	日 / 月 / 年	病徵首次出現日期 日 / 月 / 年
	疾病簡述		

您有否曾經因同一或相關病況而接受治療？(如適用)

<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	治療日期	日 / 月 / 年	醫生姓名	
---	------	-----------	------	--

醫院 / 診所地址	
-----------	--

如是次治療因懷孕引致，請提供預產期。(如適用)	日 / 月 / 年
-------------------------	-----------

4. 收集個人資料的聲明

安盛金融有限公司 / 安盛保險有限公司 (下稱“本公司”) 明白其就《個人資料(私隱)條例》(香港法例第 486 章) (“條例”) 收集、持有、處理、使用和 / 或轉移個人資料所負有的責任。本公司僅為合法和相關的目的收集個人資料，並將採取一切切實可行的步驟，確保本公司所持個人資料的準確性。本公司將採取一切切實可行的步驟，確保個人資料的安全性，及避免發生未經授權或者因意外而擅自取得、刪除或另行使用個人資料的情況。

敬請注意，如果閣下不向本公司提供閣下的個人資料，我們可能無法提供閣下所需的資料、產品或服務，或無法處理閣下的要求。

目的：本公司不時有必要收集閣下的個人資料 (包括信用資料和以往申索紀錄)，並可能因下列各項目的 (“有關目的”) 而供本公司使用、存儲、處理、轉移、披露或共享該等個人資料：

1. 向閣下推介、提供和營銷本公司、安盛集團的其他公司 (“安盛關聯方”) 或本公司的商業合作夥伴 (參閱下文 “在直接促銷中使用及將其個人資料提供予其他人士” 部份) 之產品 / 服務，以及提供、維持、管理和操作該等產品 / 服務；
2. 處理和評估閣下就本公司及安盛關聯方所提供之產品 / 服務提出的任何申請或要求；
3. 向閣下提供後續服務，包括但不限於執行 / 管理已發出的保單；
4. 與就本公司和 / 或安盛關聯方提供的任何產品 / 服務而由閣下或針對閣下提出的或者其他涉及閣下的任何索賠相關的任何目的，包括索賠調查；
5. 偵測和防止欺詐行為 (無論是否與就本公司及 / 或安盛關聯方提供的產品 / 服務有關)；
6. 評估閣下的財務需求；
7. 為客戶設計產品 / 服務；
8. 為統計或其他目的進行市場研究；

安盛金融有限公司 / 安盛保險有限公司 (“AXA 安盛”/“本公司”)

公司地址：香港黃竹坑黃竹坑道 38 號安盛匯 5 樓 A 室

郵寄地址：索償部 - 香港九龍尖沙咀郵政信箱 90854 號

☎ 保單編號以 1 & ZA/ZE 為開端 (852) 2523 3061 ☎ 保單編號以 0/4/7 為開端 (852) 2519 1166

☎ 保單編號以 HA 為開端 (852) 2867 8680 / healthcare@axa.com.hk

住院及手術索償申請表

- 不時就本條款所列的任何目的核對所持有的與閣下有關的任何資料；
- 作出任何適用法律、規則、規例、實務守則或指引所要求的披露或協助在香港或香港以外其他地方的警方或其他政府或監管機構執法及進行調查；
- 進行身份和 / 或信用核查和 / 或債務追收；
- 遵守任何適用的司法管轄區的法律；
- 開展與本公司業務經營有關的其他服務；及
- 與上述任何目的直接有關的其他目的。

個人資料的轉移：個人資料將予以保密，但在遵守任何適用法律條文的前提下，可提供給：

- 位於香港或香港以外其他地方的任何安盛關聯方、本公司的任何相關聯人士、任何再保險公司、索賠調查公司、閣下之保險經紀、行業協會或聯會、基金管理公司或金融機構，以及就此方面而言，閣下同意將閣下的資料轉移至香港境外；
- 與就本公司和 / 或安盛關聯方提供的任何產品 / 服務而由閣下或針對閣下提出的或者其他涉及閣下的任何索賠相關的任何人士 (包括私家偵探)；
- 在香港或香港以外其他地方向本公司和 / 或安盛關聯方提供行政、技術或其他服務 (包括直接促銷服務) 並對個人資料負有保密義務的任何代理、承包商或第三方；
- 信貸資料機構或 (在出現拖欠還款的情況下) 追討欠款公司；
- 本公司權利或業務的任何實際或建議的承讓方、受讓方、參與者或次參與者；
- 在香港或香港以外其他地方的任何政府部門或其他適當的政府或監管機關；及
- 在有合理需要履行任何上述有關目的段落 2、3、4 及 5 之情況下，以下人士：保險理算人、代理和經紀、僱主、醫護專業人士、醫院、會計師、財務顧問、律師、整合保險業申訴和承保資料的組織、防欺詐組織、其他保險公司 (無論是直接地，或是通過防欺詐組織或本段中指定的其他人士)、警察、和保險業就現有資料而對所提供的資料作出分析和檢查的數據庫或登記冊 (及其運營者)。

如欲了解本公司為促銷目的使用閣下的個人資料的政策，請參閱下文“在直接促銷中使用及將其個人資料提供予其他人士”部份。

閣下的個人資料將僅為上文所規定的一個或多個有關目的而被轉移。

在直接促銷中使用及將其個人資料提供予其他人士

本公司有意：

- 使用本公司不時持有的閣下的姓名、聯絡資料、產品及服務的組合資料、交易模式及行為、財政背景及人口統計數據以進行直接促銷；
- 就本公司、安盛關聯方、本公司合作品牌夥伴及商業合作夥伴可能提供關於下列類別的服務及產品而進行直接促銷 (包括但不限於提供獎賞、客戶或會員或優惠計劃)：
 - 保險、銀行、公積金或公積金計劃、金融服務、證券和相關產品及服務；
 - 健康、保健及醫療、餐飲、體育運動及會員服務、娛樂、健身浴或類似的休閒活動、旅遊及交通、家居、服裝、教育、社交網絡、媒體的產品及服務及高級消費類產品；
- 以上服務及產品將會由本公司及 / 或以下機構提供：
 - 任何安盛關聯方；
 - 第三方金融機構；
 - 提供上文 2. 所列之服務及產品之本公司及 / 或安盛關聯方的商業合作夥伴或合作品牌夥伴；
 - 向本公司或任何以上所列機構提供支援的第三方獎賞、客戶或會員或優惠計劃提供者；
- 除由本公司促銷上述服務及產品外，本公司亦有意將上文 1. 段部份所述的資料提供予上文 3. 段部份所述的全部或任何人士，以供該等人士在促銷該等服務及產品中使用，而本公司為此目的須獲得客戶書面同意 (包括表示不反對)。

在使用閣下的個人資料作上文所述的目的或提供予上文所述的人士之前，本公司須獲得閣下的書面同意，及只在獲得閣下的書面同意後方可使用閣下的個人資料及提供予其他人士作任何推廣及促銷用途。

閣下日後可撤回閣下給予本公司有關使用閣下的個人資料及提供予其他人士作任何促銷用途的同意。

閣下如欲撤回閣下給予本公司的同意，請發信至下文“個人資料的查閱和更正”部份所列的地址通知本公司。本公司會在不再收取任何費用的情況下確保不會將閣下納入日後的直接促銷活動中。

個人資料的查閱和更正：根據條例，閣下有權查明本公司是否持有閣下的個人資料，獲取該資料的副本，以及更正任何不準確的資料。閣下還可以要求本公司告知閣下本公司所持個人資料的種類。

查閱和更正的要求，或有關獲取政策、常規及本公司所持的資料種類的資料，均應以書面形式發送：

香港黃竹坑黃竹坑道 38 號安盛匯 5 樓

安盛金融有限公司 / 安盛保險有限公司

個人資料保護主任

本公司可能會向閣下收取合理的費用，以抵銷本公司為執行閣下的資料查閱要求而引致的行政和實際費用。

5. 所需文件指引

請提供下列文件。本公司有可能就個別情況要求進一步文件證明，以處理索償申請。

所需文件 (請「✓」您所提交的文件)	
所有索償類別的基本文件 (必須完成及遞交)	<input type="checkbox"/> 由您及您的主診醫生填寫的索償申請表 <input type="checkbox"/> 醫療費用收據正本 (包括按金收據) <input type="checkbox"/> 顯示醫院收費細目之醫院賬單副本 (包括每日收費、膳食費用及套餐費) <input type="checkbox"/> 請提供其他保險公司之賠償結算通知，如適用
附加文件 (如適用)	<input type="checkbox"/> 出院摘要 (如入住香港醫管局轄下公立醫院之普通病房，出院摘要可替代索償申請表之乙部) <input type="checkbox"/> 化驗費細目 <input type="checkbox"/> 藥物清單 (包括藥名、劑量、數量及費用) <input type="checkbox"/> 病理學、內窺鏡、診斷性化驗 / 檢驗之文字報告及手術室摘要副本 (X 光片、超聲波照片等不用遞交) <input type="checkbox"/> 住院 / 手術套餐費細目，如適用 <input type="checkbox"/> 專科醫生轉介信副本

6. 遞交索償

個人 / 僱員福利會員適用

> 填妥索償申請表後，請連同所需文件郵寄至申請表上所列的郵寄地址。

International Exclusive 會員適用

> 填妥索償申請表後，請連同所需文件郵寄至申請表上所列的郵寄地址，或電郵至 healthcare@axa.com.hk。

7. 聲明及授權

本人/我們謹此代表本人及其他在此申請表提及之人士聲明及同意上述一切陳述及問題的所有答案，就本人/我們所知所信，均為事實全部並確實無訛；

本人/我們謹此代表相關人士授權 (1) 任何僱主、註冊西醫、醫院、診所、保險公司、銀行、政府機構、或其他組織、機構或人士，凡知道或持有任何有關本人/我們之記錄，均可應貴公司要求將該等資料提供給貴公司；(2) 貴公司或任何其指定之驗身醫生、醫療人員或化驗所，可就此申請或任何與此有關之索償申請替本人/我們進行所需之醫療評估及測試，作為審核本人/我們之健康狀況。此授權對相關人士之繼承人及受讓人具有約束力；即使相關人士死亡或無行為能力時，此授權仍具效力。此授權書的影印本與正本均有同等效力。

本人/我們確認本人/我們已閱讀並明白於第二頁的收集個人資料的聲明《該聲明》。本人/我們確認本人/我們已被通知本人/我們須詳細閱讀《該聲明》，而本人/我們已詳細閱讀《該聲明》對貴公司所收集或持有之本人/我們的個人資料的影響 (不論是否此表格所載或從其他途徑所取得)。根據以上所述，本人/我們特此確認並同意安盛金融有限公司/安盛保險有限公司根據《該聲明》使用及轉移本人/我們的個人資料。

如中英文版本的條款有任何分歧，請以英文版本為準。

病者簽署或僱員/保單持有人簽署 (如病者未滿18歲)	英文正楷全名	日期
		日 / 月 / 年

安盛金融有限公司 / 安盛保險有限公司 (“AXA 安盛”/“本公司”)

公司地址：香港黃竹坑黃竹坑道 38 號安盛匯 5 樓 A 室

郵寄地址：索償部 - 香港九龍尖沙咀郵政信箱 90854 號

☎ 保單編號以 1 & ZA/ZE 為開端 (852) 2523 3061 ☎ 保單編號以 0/4/7 為開端 (852) 2519 1166

☎ 保單編號以 HA 為開端 (852) 2867 8680/healthcare@axa.com.hk

乙部 – 由主診醫生 / 外科醫生填寫，所需費用由索償人自行承擔

如入住香港醫院管理局轄下公立醫院之普通病房，出院摘要可替代填寫索償表之乙部

1. 一般事項

病者姓名		醫院名稱	
入院日期	日 / 月 / 年	出院日期	日 / 月 / 年
病房級別	<input type="checkbox"/> 頭等房	<input type="checkbox"/> 二等房	<input type="checkbox"/> 三等房 <input type="checkbox"/> 門診小手術

2. 臨床病歷

首次看診日期	日 / 月 / 年	這些病徵在病者首次看診前持續時間	
首次看診時出現的病徵			

3. 住院詳情

手術日期	日 / 月 / 年		
最後的診斷	手術的名稱		
	ICD 10 Codes		CPT Codes
如病者於住院期間曾向其他醫生求診，請提供以下資料			
醫生姓名	原因	治療詳情	
請提供是次住院詳情，包括相關治療、檢查、測試結果，持續治療及康復計劃。			
請提供是次持續留院日數及其原因。			
病者的治療 / 檢查是否可在門診進行？			
<input type="checkbox"/> 否，請提供原因： _____ <input type="checkbox"/> 是，請提供是次必須留院受治療之原因： _____			

4. 專業意見

您認為是次住院是因為複雜性 / 長期疾病或之前的疾病 / 意外？如“是”，請提供日期和說明細節

上述情況是否與以下問題有關？

<input type="checkbox"/> 意外身體受傷	<input type="checkbox"/> 懷孕	<input type="checkbox"/> 先天性疾病 / 異常
<input type="checkbox"/> 自我傷害	<input type="checkbox"/> 不育或絕育	<input type="checkbox"/> 發育問題
<input type="checkbox"/> 濫用藥物或酒精	<input type="checkbox"/> 避孕	<input type="checkbox"/> 遺傳性問題
<input type="checkbox"/> 精神紊亂	<input type="checkbox"/> 美容性質的治療	<input type="checkbox"/> 一般身體檢查
<input type="checkbox"/> 屈光不正	<input type="checkbox"/> 疫苗接種	
<input type="checkbox"/> 性病，性傳播疾病或愛滋病/愛滋病毒有關的疾病		

5. 其它

閣下是否該病者的慣常醫生？ 是 否

轉介醫生的姓名和地址，如適用

醫生姓名	地址
------	----

6. 聲明及授權

本人特此聲明，就本人所知，上述所有資料均準確無誤。

主診醫生 / 外科醫生簽名或蓋章	地址及電話號碼
主診醫生姓名 / 外科醫生姓名及資歷	日期
	日 / 月 / 年