

MACAU INDIVIDUAL MEDICAL INSURANCE PLAN PRE-AUTHORISATION FORM II

澳門個人醫療保障 預先授權申請表 II

Policy Number 保單編號

AXA China Region Insurance Company (Bermuda) Limited
(Incorporated in Bermuda with limited liability)
安盛保險 (百慕達) 有限公司 (於百慕達註冊成立的有限公司)

☎ (853) 8799 2812

Email 電郵地址: individual.preauth@axa.com.hk

Fax Number 傳真號碼: (852) 3009 4548 / (853) 2878 0022

(1) Details of Insured Person (Patient) 受保人 (病人) 資料		
Name of Insured Person (Patient) 受保人 (病人) 姓名	<input type="checkbox"/> Mr. 先生 <input type="checkbox"/> Mrs. 太太 <input type="checkbox"/> Miss 小姐 <input type="checkbox"/> Ms. 女士	Insured Person's (Patient's) Identity Card/Passport Number 受保人 (病人) 身份證/護照號碼
Surname 姓	Given Name 名	Date of Birth (DD/MM/YYYY) 出生日期 (日/月/年)
(2) Particulars of Medical Information 臨床及入院資料		
1. Symptom(s) / chief complaint(s) presented 病徵/主訴出現	2. Onset Date (DD/MM/YYYY) 病徵出現日期 (日/月/年)	
3. Diagnosis 診斷	4. First Consultation Date (DD/MM/YYYY) 首次看診日期 (日/月/年)	
5. Is it a chronic/recurrent illness 是否慢性/復發疾病 <input type="checkbox"/> Yes 是 <input type="checkbox"/> No 否	If "YES", First Onset Date (DD/MM/YYYY) 如 "是" 首次病徵出現日期 (日/月/年)	
6. Name of Hospital/Day Centre/Clinic 醫院/日症中心/診所名稱	7. Date of Admission/Treatment (DD/MM/YYYY) 日期 (日/月/年)	
<input type="checkbox"/> Inpatient 住院 <input type="checkbox"/> Hospital OPD 醫院門診 <input type="checkbox"/> Day Centre 日間中心 <input type="checkbox"/> Clinic 診所		
8. Ward Class 病房級別 <input type="checkbox"/> Private 私家房 <input type="checkbox"/> Semi-private 半私家房 <input type="checkbox"/> Ward 普通房 <input type="checkbox"/> Hospital Day Ward 醫院日間病房	9. Daily Doctor's Visit Fee 每日醫生巡房費	
10. Estimated Length of Stay 預計留院日數	11. Daily Room Charges 每日病房費用	
12. Name of Surgery/Treatment 手術/治療名稱	Surgery/Treatment Fee 手術/治療費用	
13. Name of Medical Implant (if any) 醫療植入裝置名稱 (如有)	Medical Implant Charges (if any) 醫療植入裝置費用 (如有)	14. Operating Theatre and Materials Charges 手術室及物料費用
15. Anaesthesia 麻醉 <input type="checkbox"/> G.A. 全身麻醉 <input type="checkbox"/> M.A.C 監察麻醉 <input type="checkbox"/> L.A. 局部麻醉	Anaesthesiologist's Fee 麻醉科醫生費	
16. Referral to Specialist (if any), please provide name and reason. 轉介專科醫生 (如有) · 請提供醫生姓名及原因。	Specialist's Consultation Fee 專科醫生診療費用	
17. Diagnostic test (e.g. Lab Test/X-ray/CT/MRI/PET scans) required during hospitalisation, please provide reason. 請提供原因為何診斷測試 (例如化驗/X光檢查/電腦掃描/磁力共振/正電子掃描) 需要在住院進行。	Diagnostic Test Charges 診斷測試費用	
18. Therapeutic medication required during hospitalisation, please provide reason. 請提供原因為何藥物治療需要在住院進行。	Medication Charges 藥物費用	
19. If hospitalisation is arranged for physiotherapy or a surgical procedure that is normally carried out in clinic or day centre or hospital daycase/OPD, please explain why hospital stay is necessary. 如是次住院之目的為物理治療或一般門診手術或一般日間手術或一般醫院日症/門診手術, 請說明留院之原因。		
20. Estimated Doctor's Fees (Total) 預算醫生費用 (總計)	21. Estimated Hospital Charges (Total) 預算醫院費用 (總計)	

3. DECLARATION AND AGREEMENT 聲明及同意

I HEREBY CERTIFY that I have personally examined and treated the Insured Person (Patient) in connection to the above condition and that the facts as given above present my opinion of his/her condition. I declare and agree to make the declaration on this claim form.

本人謹此聲明曾為受保人 (病人) 作出診治, 以上填報的各項資料乃本人基於以上的情況而提供意見。本人謹此聲明及同意上述一切陳述及問題的所有答案均為事實之全部並確實無訛。

Name of Attending Physician/Surgeon 主診醫生/外科醫生姓名	Signature and Chop of Attending Physician/Surgeon 主診醫生/外科醫生簽名及蓋章	
Date (DD/MM/YYYY) 日期 (日/月/年)	Contact Number 聯絡電話	Fax Number 傳真號碼