

团体理赔申请表

请以正楷字体填写所有相关信息。您也可以使用我们的 MyHealth Digital Services 在线提交理赔申请：
www.allianzcare.com/en/myhealth.html

备注：您必须在《保单利益指南》中规定的理赔截止日期前提交理赔申请，申请提交链接：
my.allianzcare.com/myhealth/login

1 患者详细信息

保险单编号	<input type="text"/>	出生日期	<input type="text"/>	月 <input type="text"/>	日 <input type="text"/>
姓	<input type="text"/>				
名	<input type="text"/>				
最新通信地址	<input type="text"/>				
<input type="text"/>					
电话	国家/地区代码 <input type="text"/>	区号 <input type="text"/>	<input type="text"/>		
电子邮件	<input type="text"/>				
主被保险人姓名 (如与患者姓名不同)	<input type="text"/>				
<input type="text"/>					
您在母国或长期居住国是否持有任一国家提供的健康保险？例如国民健康保险 (医保)。					
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 如是，请告知保险名称，并提供保单/卡号或详细信息					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					

2 索赔人详细信息 (如与第1部分的患者不同)

姓	<input type="text"/>														
名	<input type="text"/>														
出生日期	<input type="text"/>	月 <input type="text"/>	日 <input type="text"/>	性别：	男 <input type="checkbox"/>	女 <input type="checkbox"/>									

3 付款明细

请勾选以下任意一个选项并根据需要填写详细信息。

- 选项 1：** 付款给医疗机构* (如医院、专家)
(若选择此项则不需填写以下银行信息)
- 选项 2：** 付款给投保人
首选付款方式： 银行转帐** (Recommended) 支票***
请注明您希望的赔付币种 (并确保您的银行帐户支持所选的币种)
- 选项 3：** 付款给第三方

帐户持有人 (如银行帐单上所示)

<input type="text"/>														
帐号	<input type="text"/>													
IBAN (如适用) ****	<input type="text"/>													
分类/分行代码	<input type="text"/>	Swift / BIC 代码****	<input type="text"/>											
银行名称	<input type="text"/>													
银行地址	<input type="text"/>													
<input type="text"/>														
ABA/ACH 代码 (仅适用于美国银行账号)	<input type="text"/>													

如果您知道您的银行需要提供其他信息以支持国际转账操作 (如机构代码或税务代码)，请在此提供相关信息：

<input type="text"/>														
<input type="text"/>														
中介银行 Swift 代码 (如适用)：	<input type="text"/>													

* 若您没有向医疗机构支付相关医疗费用。

** 对于银行转帐，请在下面提供银行的详细信息。

*** 支付给投保人的支票将发送至第 1 部分提供的通信地址。

**** 如果您的银行在欧洲或者一个国家拥有其特定的国家IBAN (比如卡塔尔、沙特阿拉伯、安哥拉、突尼西亚、土耳其) 境内，请提供您的 IBAN 和 BIC/Swift 代码，以担保您的索赔付款。

4 索赔详细信息

请根据每张发票/收据的详细信息填写下表的所有部分，务必包括金额和币种。请注意，若在中国大陆境内接受治疗，您必须提交医疗机构开具的正规发票。若您的发票/收据未包含诊断信息，您必须于以下表格填写相关信息。若以下表格不够填写，可另附纸张。

费用及治疗说明	诊断病症	医疗机构名称	计费金额	币种	您是否已支付此帐单？
					是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
					是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
					是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
					是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
					是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
			医疗费用总额		

(请注意，所有发票需显示相同的币种总金额方生效。如果您索赔的医疗费用含不同的币种，总金额将不生效)

在哪个国家（地区）实施治疗？

对于与孕产相关的索赔

请提供预产期 年 月 日

事故或伤情相关理赔

此理赔是否与事故/伤情相关？ 是 否

如果是，请填写以下信息：

事故/伤情发生日期 年 月 日

事故/伤情详情

您是否持有其他保险（如旅游保险）？ 是 否

如果是，请填写以下信息：

保险公司名称
 保单号

事故/伤情是否由第三方造成？ 是 否

如果是，请填写以下信息：

第三方名称
 第三方保险公司名称
 第三方保单号

若可能，请将警方报告复印件发送给我们：claims.recoveries@allianzworldwidecare.com

除非您的发票包含诊断详情和治疗信息，否则第 5 和 6 部分由主治医师以正楷字体填写。

5 医疗机构详细信息

医生/专家姓名																										
资格/资历																										
医院/诊所名称																										
地址																										
电话号码	国家/地区代码				区号																					
传真	国家/地区代码				区号																					
电子邮件																										

仅适用于物理疗法/精神疗法索赔。请提供完整的推荐详细信息：

推荐医生姓名																										
电话号码	国家/地区代码				区号																					
推荐日期	年	月	日																							

6 医疗详细信息

说明状况类型 急性 慢性 慢性病的急性发作

请提供要求治疗的具体医疗状况：

ICD9/10 代码/DSM-IV

症状及医疗状况

您首次发现患者出现症状是在什么日期？ 年 月 日

患者第一次明显表现出症状是在什么日期？ 年 月 日

请以公章签署和公证。

 医生签名

日期 年 月 日

医疗机构公章

7 您的个人信息

我们的隐私保护声明解释了我们如何保护您的隐私。这一重要声明描述了我们如何处理您的个人信息，在向我们要提交您的信息之前，您都应仔细阅读。若想阅读我们的隐私保护声明，请访问：www.allianzcare.com/en/privacy.html。

或者，您还可以拨打电话 +353 1 630 1301 联系我们，以索取完整的隐私保护声明的纸质版本。若您对我们使用您的个人信息有任何疑问，请随时通过电子邮件与我们联系：AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

8 声明

本人谨郑重声明此《理赔申请表》正确无误，无歧义或不完整信息。我明白若发现索赔存在欺诈，无论是整体或部分存在欺诈，保险人有权自发现欺诈现象之日起解除保险合同，并且被保险人可能遭受法律起诉。

本人同意放弃所可能享有的与本人身体状况相关的医疗记录的保密权/隐私权。本人还授权本人的医护人员、医疗保健专业人士、或其他相关医疗机构将本人的医疗情况提供给Allianz Care、其医疗顾问及其代理，或在发生纠纷时，在有关法律限制下，提供给第三方专家。

如果接受治疗的是未成年人，则由父母或监护人签署此部分并注明签署日期。

 患者签名

日期 年 月 日

