

团体理赔申请表

此表格（可编辑的PDF版本）可以在我们的网站下载，请登陆www.allianzworldwidecare.com/members。
请以正楷字体填写所有相关信息。

1 主被保险人详细信息

保险单编号 出生日期 年 月 日

姓名

最新通信地址

电话（包含国际区号）

电子邮件

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 否

如是，请提供保单/卡号或详细信息

2 患者详细信息（若患者非主被保险人本人）

姓名

出生日期 年 月 日 性别：男 女

3 付款明细

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** 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）

帐户持有人（如银行帐单上所示）

帐号

IBAN（如适用）****

分类/分行代码 Swift / BIC 代码****

银行名称

银行地址

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：

中介银行 Swift 代码（如适用）

* 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。 *** 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。请留意，若在中国大陆境内接受治疗，请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，请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	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"/>
				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

若此索赔由意外或工伤事故所造成，并且您持有其他保险（例如汽车保险），或者您正在向第三方提出与此病情/伤害相关的索赔或法律诉讼，请提供相关信息或文件。

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 (包含国际区号)

传真 (包含国际区号)

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：

推荐医师姓名

电话号码 (包含国际区号)

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

请提供要求治疗的医疗状况, 包括 ICD9/10 代码/DSM-IV

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 我们将维护对您个人资料的保护

我们的数据保护声明列明了我们对您个人资料保护的具体内容, 此申明介绍了我们将怎样管理您的个人数据。请您在提交任何个人数据之前阅读此申明。如需了解具体内容, 请访问: www.allianzworldwidecare.com/en/privacy

您还可以致电+ 353 1 630 1301以索取我们的数据保护通知的文件。如果您对我们的数据保护申明有任何疑问, 请随时通过电子邮件联系我们: AWC.DataPrivacyOfficer@allianz.com

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。我明白在发现索赔存在欺诈的情况下, 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 Partners、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

8 第三方授权

作为索赔人, 本人授权 请填写第三方名称

全权代表所有本申请表中所包含的人员, 行使对此保单的管理, 包括对敏感医疗信息的披露。

索赔者签名 日期 年 月 日

正楷填写索赔者姓名

若理赔申请时提交过任何文件的复印件 (如发票), 您有责任保留好相关的原件。出于反欺诈目的, 我们有权在理赔完成后的 12 个月内要求查看文件原件。我们保留要求被保险人提供付款凭证的权利 (如银行或信用卡明细)。我们建议您保存所有与我们的书信往来的文件副本, 对不可控制原因造成的文件遗失我们概不负责。

请把您填写完整的《团体理赔申请表》与原始发票一起寄至：

电子邮件: claims@allianzworldwidecare.com
 传真: + 353 1 645 4033
 地址: Claims Department, Allianz Partners, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12 (都柏林), Ireland (爱尔兰)。

如果您有任何疑问, 可以拨打我们的服务热线：

+ 353 1 630 1301

client.services@allianzworldwidecare.com

有关我们最新的免费服务电话号码, 请访问: www.allianzworldwidecare.com/toll-free-numbers

您知道吗...

...大多数客户认为通过电话与我们联系可以更快的得到答复？