

理赔申请单

请认真阅读以下内容，以**正楷字体**填写所有相关信息，并勾选 相关的选框

Allianz 
Allianz Worldwide Care

重要信息 - 请认真阅读。

为了帮助我们尽快处理您的理赔事务，请确保您遵循了以下准则：

- 请检查您的受益表，以确保您索赔的费用在其覆盖范围之内。如果您不确定您的保险单是否包含了此次索赔的内容，请通过热线服务电话与我们联系
- 如果任何部分不完整，索赔付款将推迟执行
- 如果您需要在将来索赔同样情况的费用，请影印该表单并与发票/收据一同发送递交。无需重新填写表单。但是，如果该状况持续了6个月以上，我们可能需要您填写一份新的理赔申请单
- 必须随附所有相关的发票原件。很抱歉，本公司不接受影印件、收据和信用卡凭条。我们建议您保留递交的所有单据的复印件，以备日后使用
- 必须为每位患者和每种医疗状况填写单独的理赔申请单
- 第1至5部分应由成员/索赔人完整填写
- 第6和7部分应由主治医师/专家填写
- 最后，我们热忱地提醒您以**正楷字体**填写此表单
- 请在每个保险年度结束后的6个月内寄至以下地址，如果在保险年度中取消了保险，则在保险结束后的六个月内寄出。超出此期间，我们概不负责处理索赔
- 如果您更换了地址，请确保在理赔申请单上告知我们，以便我们更新记录。要确认您在我们系统中保留的地址详细信息，请通过热线服务电话与我们联系

Claims Department, Allianz Worldwide Care, Unit 20D Beckett Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Ireland.

热线服务电话

英语：	+ 353 1 630 1301
德语：	+ 353 1 630 1302
法语：	+ 353 1 630 1303
西班牙语：	+ 353 1 630 1304
意大利语：	+ 353 1 630 1305

法国、比利时和瑞士免费专线：	00 800 66 302 302
中国大陆免费专线：	10 800 441 0115
美国免费专线：	1 866 266 2182
新加坡免费专线：	800 353 1018
中国香港免费专线：	800 901 705

传真：	+ 353 1 630 1306
电子邮箱：	client.services@allianzworldwidecare.com

您可以在 www.allianzworldwidecare.com 上下载理赔申请单

此为“Claim Form”的中文翻译，不确保详尽无遗，且不具有最终法律约束力，只有英文版本才具有最终法律约束力。Allianz Worldwide Care Limited，隶属于Allianz集团，注册于爱尔兰，受爱尔兰金融服务管理局管辖。注册办事处：20D Beckett Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Ireland。注册编号：310852

1 投保人详细信息。

保险单编号

先生 夫人 女士 小姐 其他

名

姓

通信地址

如果这是新地址，您是否希望以后所有的信件均发往此地址？ 是 否

日间电话 国家(地区)代码 - 区号 -

夜间电话 国家(地区)代码 - 区号 -

传真 国家(地区)代码 - 区号 -

电子邮件

在哪个国家(地区)接受治疗?

发票币种是什么?

索赔总额是多少?

2 患者详细信息。

如果索赔人/患者不是投保人，请填写。

先生 夫人 女士 小姐 其他

名

姓

出生日期 | |

此次索赔是否涉及事故? 是 否

3 付款明细。

要检查文件中的付款明细，请通过热线服务电话与我们联系。

选项 1: 付款给投保人/被保险人

请使用先前提供给 Allianz Worldwide Care 的付款详细信息

(建议您首先通过我们的热线服务电话确认这些内容)

付款币种 发票币种 其它币种 请指定其它币种

首选付款方式: 支票* 银行转帐**

* 支付给成员的支票将发送至以上提供的通信地址 | ** 如果选择通过银行转帐，请填写银行详细信息

帐户持有人 (如银行帐单上所示):

如果您的银行在欧洲境内，请提供您的 IBAN 和 BIC/Swift 代码，以担保您的索赔付款。

帐号/IBAN

分类/分行代码

Swift/BIC 代码

银行名称

银行地址

选项 2: 付款给医疗服务机构 (如医院、专家、MRI)

如果之前已与 Allianz Worldwide Care 达成直接开单的协议，请勾选此项

4 患者签名和医疗记录的授权。

本人谨郑重声明此理赔申请单正确无误，无歧义或不完整信息。我深知，如果此次索赔整体或部分涉及虚假，保单将无效，且我将承担由此引起的法律后果。关于医疗索赔，本人授权本人的家庭医师、医护专业人员或其他相关医疗机构提供 Allianz Worldwide Care Limited 或其委任代表需要的健康详细资料或医疗记录。

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。

患者签名 日期 | |

除非您的发票包含诊断详情和治疗性质，否则第 6 和 7 部分由主治医生以正楷字体填写。

6 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 传真
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 推荐日期

仅适用于牙科治疗索赔。

患者在向您寻求治疗时是否牙痛？ 是 否

7 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 ICD 代码/DSM-IV

您首次观察到患者出现症状是在什么日期？ 诊断日期

在此日期之前，该状况或症状已持续多久？

患者以前是否曾出现过此症状，如果有，何时？ 是 否

您是否了解此种症状或相关疾病的治疗？ 是 否

如果是，请提供详情。

是否可能复发？ 是 否

是否永久性疾病，是否需要康复治疗？ 是 否

是否需要长期观察、会诊、复诊、检查或化验？ 是 否

妊娠（仅需在双胎或多胎妊娠的情况下填写）。

您是否是在接受不孕症治疗后发生妊娠（包括人工方式受精，但不包括人工受精）？ 是 否

如果是，请说明

请以公章签署和公证。

医生签名 日期

患者和成员信息的机密性是 Allianz Worldwide Care 所关注的重要方面。

Allianz Worldwide Care 完全符合《欧洲数据保护法》和

《国际医疗机密法则》。您有权访问保存的有关您的个人数据。

您还有权要求我们修改或删除任何您认为不准确或过期的信息。

公章

重要信息 - 请检查以下内容

- 随附的所有收据、发票和药方原件
- 已完整地填写了此理赔申请表

- 此声明已经签署并注明日期
- 此诊断已经确认，且以该理赔申请表或发票为声明依据