



ZURICH®

蘇黎世

個人醫療保險計劃「住院免找數服務」申請表格

注意事項

客戶服務熱線：+852 2903 9382 傳真：+852 2802 6633 電郵地址：zurich.medical@hk.zurich.com

1. 此表格只適用於有提供住院免找數服務之個人醫療保險產品。
2. 住院前評估服務由蘇黎世保險有限公司(「本公司」)授權之服務機構作有關評估。
3. 受保人及主診醫生須填妥「住院免找數服務」申請表格並於入住醫院前最少三個工作天傳真或電郵至本公司之服務機構，以便辦理「住院免找數服務」服務之住院前評估。
4. 有關申請之批核結果將在收妥申請表格後三個工作天內通知受保人，若申請被接納，本公司之服務機構會聯絡醫院作直接結算安排。
5. 受保人及主診醫生須填妥個人意外及醫療索償表格並於十四天內傳真或電郵至本公司作賠償之最後審批。
6. 實際賠償金額將根據意外及醫療索償表格提供之資料、實際情況、保單上或任何其他相關文件列明之保障項目、不承保項目、條款及細則等所約束。
7. 任何投保前已存在之傷疾，例如任何已被診斷患上或源生於保單生效前的損傷或疾病，不論受保人知悉與否，均不獲受保。

受保人(事主)資料 (由受保人(事主)填寫)

保單號碼 _____ 保單持有人姓名 (英文) _____

受保人(事主)姓名 (英文) _____ 受保人(事主)手提電話號碼 _____

受保人(事主)傳真號碼 _____ 受保人(事主)電郵地址 _____

由信用卡繳付賠償差額授權書

以下所指定之信用卡戶口必須與繳付保費之戶口相同。

如蘇黎世保險有限公司(「蘇黎世」)支付醫院的費用超出是次入院應付的賠償額，此授權書將授權蘇黎世從以下信用卡戶口扣除此賠償差額(如有)。蘇黎世將於發出差額付款通知後 14 天內扣除賠償差額。

持卡人姓名 _____ 手提電話號碼 _____

信用卡號碼 _____ 信用卡到期日 (月/年) _____ 信用卡類別 (請在空格內☑) VISA MasterCard

信用卡持卡人簽署 _____ 簽署日期 (日/月/年) _____

聲明及授權書

本人謹此聲明，並同意以下有關蘇黎世保險有限公司(「本公司」) 要求下即時償還任何不在承保範圍內的醫療費用及/或超出保障之外的醫療費用(賠償差額)。本人茲授權本公司從本人於承保範圍內的醫療賠償數額中扣除本公司代本人已支付的承保的醫療費用。本人謹此聲明，以上所填報之資料及所列各項之事件乃屬完全真確及完整。

本人授權任何僱主、醫院、醫生、醫務人員、保險公司等任何有關人士或組織而持有關意外或本人身體狀況和醫療紀錄等資料，可以將該等資料提供本公司或其授權之服務機構，此授權書之影印本亦屬有效。

受保人(事主)簽署 (若受保人未滿 18 歲，請其父或母代為簽署)

簽署日期 (日/月/年)

收集個人資料聲明

- 本人/吾等謹此聲明，本人/吾等確信，以上所填報之資料及所列各項之事件乃屬完全真確並無對保險公司作任何資料之保留。
- 本人/吾等明白並同意以下有關 Zurich Insurance Company Ltd(「本公司」)處理所收集及保存本人/吾等之個人資料的安排。
 - (1) 由本公司收集或持有的客戶 (包括保單持有人、受保人、受益人、保費付款人、信託人、保單受讓人及索償人) 個人資料，均可供本公司使用作以下強制性用途，以便為客戶提供服務 (否則本公司將無法為未能) 提供所需資料的客戶提供服務：
 - I. 辦理、調查 (及協助他人調查) 和決定保險申請、保險索償及提供持續的保險服務；
 - II. 辦理付款要求及直接付款授權；
 - III. 處理任何對客戶的索償、訴訟及 / 或司法程序；以及行使本公司的權利 (詳情見適用保單條款所定)，包括但不限於代位權；
 - IV. 編撰統計數字，或作會計及精算用途；
 - V. 符合對本公司及 / 或其所屬集團 (「蘇黎世保險集團」) 具約束力的任何本地或外國法例、規則、守則或指引的披露規定 及如需要時進行核對程序；
 - VI. 遵循香港法院及監管機構作出的合法要求或指令，包括但不限於保險業監理處、香港保險業聯會、核數師、政府組織和政府相關機構；
 - VI. 債務追討；
 - VIII. 便利本公司的認可服務供應商，就上述目的為本公司及 / 或客戶提供服務；及
 - IX. 使本公司的實際或建議承讓人能夠評核擬進行涉及有關轉讓的交易。
 - (2) 本公司可就強制性用途，向以下於香港境內或境外的人士提供任何客戶個人資料：
 - I. 蘇黎世保險集團成員公司，或任何進行保險或再保險相關業務的其他公司或中介人；
 - II. 任何向蘇黎世保險集團提供行政、電訊、電腦、付款或其他與其業務運作有關的服務的代理人、承包商或第三方服務供應商；
 - III. 第三方服務供應商，包括法律顧問、會計師、調查員、理賠師、再保公司、醫護及復康顧問、考察員、專家、維修人員、及資料處理者；
 - IV. 信貸諮詢機構，而在客戶欠賬時，任何債務追收代理或進行索償或調查服務的公司；
 - V. 根據對蘇黎世保險集團或其任何關連機構具約束力的任何法例，及就任何由政府、監管或其他機關所頒佈且蘇黎世保險集團或其任何關連機構預期須遵守的任何規例、守則或指引而言，蘇黎世保險集團有責任向其作出披露的任何人士；
 - VI. 根據主管司法權區的法院的任何頒令的任何人士；及
 - VII. 蘇黎世保險集團的任何實際或建議承讓人或蘇黎世保險集團對保單持有人的權利的受讓人。
 - (3) 所有客戶均有權以書面向本公司之個人資料私隱主任 (地址如下) 要求查閱、修正及/或更改由本公司所持有有關其本身的任何個人資料。

個人資料私隱主任
香港港島東華蘭路 18 號
港島東中心 26 樓
 - (4) 根據 <<個人資料(私隱)條例>> (香港法例第 486 章) 本公司有權收取合理費用，藉以處理任何資料的查閱要求。
 - (5) 本通知的中英文版本如有任何歧異或不一致，概以英文版為準。
- 本人/吾等授權於任何曾替本人/吾等作診療之醫生、醫務人員、醫院或診所提供有關本人/吾等病歷之資料予貴公司或其代理人。
- 本人/吾等授權持有本人/吾等投保資料、索償紀錄或任何有關資料之一方，包括但不限於警方及政府機構、航空公司、旅遊公司、保險公司等任何有關人士或組織，可以將部份或全部有關本人/吾等是次或相關事件等資料提供貴公司或其代理人。
- 此授權書之影印本亦屬有效。

受保人(事主)簽署 (若受保人(事主)未滿 18 歲，請其父或母代為簽署)

簽署日期 (日/月/年)

This section should be completed by the insured person's attending doctor during insured person's hospitalization at the insured person's cost
此欄須由受保人在住院期間之主診醫生填寫，而費用須由受保人負責

Details of patient 病人病症詳情

Full name of patient 病人姓名 _____ Age 年齡 _____ HKID no. 香港身份證號碼 _____

Attending doctor name 主診醫生姓名 _____ Attending doctor contact no. 主診醫生電話號碼 _____

Attending doctor fax 主診醫生傳真號碼 _____ Attending doctor address 主診醫生地址 _____

What symptom(s) caused the patient to receive treatment or diagnostic test? 上述病人因患什麼症狀而必須接受下列之治療或診斷檢驗?

Please the relevant box 請在相關空格內☑：

Surgery / diagnostic test (please fill in Part I) 外科手術/診斷檢驗 (請填寫甲部)

Required referral specialist treatment (please fill in Part II) 須轉介專科醫生治理 (請填寫乙部)

Part I Surgery/diagnostic test 甲部 外科手術/診斷檢驗

Hospital name 醫院名稱 _____

Admission date (DD/MM/YY) from 入院日期 (日/月/年) 由 _____ to 至 _____

Surgery/diagnostic test name 外科手術/診斷檢驗之名稱 _____

Estimated fee (HKD) 大約費用 (港元) _____ Treatment date (DD/MM/YY) 治療日期 (日/月/年) _____

Attending doctor's daily ward round fee (HKD) 主診醫生每日巡房費用 (港元)

Ward type (please the relevant box) 住房級別 (請在空格內☑) Standard ward 標準房 Semi-private ward 半私家房 Private ward 私家房

Part II Referral to specialist treatment 乙部 須轉介專科醫生治理

Specialist name 專科醫生姓名 _____ Specialist type 專科類別 _____

Patient's first consultation date of above symptom (s) (DD/MM/YY) 病人就上述病徵首次求診日期 (日/月/年) _____

Patient's first onset date of above symptom(s) (DD/MM/YY) 其病徵首次出現日期 (日/月/年) _____

Was the above patient diagnosed with similar disease before? 上述病人過去是否被診斷出患有類似疾病?

No 否 Yes, please specify the date (DD/MM/YY) 是，請註明日期(日/月/年) _____

Attending doctor signature 主診醫生簽署 _____

Signature date 簽署日期 (日/月/年) _____

此部分由本公司填寫

Surgeon's fee _____ Co-Surgeon's fee _____

Ward round fee per day _____ Anesthetist's fee _____

Approval from insurer is required & fee is subjected to approval: No Yes

Billing method: Bill through hospital (Mark "Doctor Hospital Code" on Dr Discharge Slips) _____

Hospital letter issue: No Yes (ref: _____)

Remarks _____

The Pre-admission Assessment result: Approved Denied due to the following reason(s) _____

Assessed by _____ Date (DD/MM/YY) _____