



ZURICH®

蘇黎世

「三高保」醫療保險索償申請表



① 申請索償

- 申請索償，請填妥此索償申請表並電郵/郵寄至本公司
 - 電郵：claims@hk.zurich.com
 - 郵寄地址：蘇黎世保險有限公司賠償部
香港港島東華蘭路 18 號 港島東中心 25-26 樓
- 住院手術現金保障的索償申請，更可下載「Zurich HK」
手機應用程式遞交申請，以享更快捷索償：
 - 住院現金保障



② 申請確認通知

- 在兩個工作天內
收到確認短訊及/或電郵



③ 索償結果

- 若所需文件齊備，七個工作天內將獲
電郵/電話短訊/郵寄通知索償結果

注意事項：

- 索償申請必需於事故發生後 **30 日**內遞交
- 如有任何查詢，請以以下方式與我們聯絡：
「三高保」查詢：
電話：2903 9382
傳真：2802 6633
電郵：zurich.medical@hk.zurich.com



索償類別

(請於空格內☑) 新的索償 現有檔案索償 / 提交補充資料，請提供索償編號 _____
(如「個人資料」沒有更新，可省略填寫該部份)

個人資料 (*必須填寫)

*保單號碼 _____ *受保人(事主)姓名(英文) _____
 *受保人(事主)香港身份證 / 護照號碼 _____ *受保人(事主)出生日期(日/月/年) _____
 *受保人(事主)性別 _____ 受保人(事主)職業 _____ *聯絡人姓名 _____
 (如與受保人(事主)相同，不用填寫此欄)
 *聯絡人/受保人(事主)手提電話 _____ *聯絡人/受保人(事主)電郵地址 _____
 (本公司將會以電話短訊及/或電郵發送確認索償申請表及賠款通知)
 *聯絡人/受保人(事主)通訊地址 _____

如有需要，本公司將以**電子郵件**方式聯絡閣下獲取更詳細資料，以處理閣下的索償申請；如閣下想改用以**郵件**方式聯絡，請在空格內☑：

以郵件方式聯絡 (如閣下有保險中介人/經紀，本公司將透過保險中介人/經紀聯絡閣下)

一般事項

閣下是否正就此次損失向其他保險公司索償 (包括勞工、團體/公司醫療保險)? 否 是，請提供：

保險公司名稱 _____ 保單號碼 _____ 保障類別 (如醫療費用/住院現金) _____

如閣下需取回醫療單據或/及醫療報告，請於空格內☑，我們將會退回其核實副本 醫療單據 醫療報告

賠償支付方式

銀行轉賬 (只適用於以下列出之銀行及少於港幣 100,000 元之賠償) 請提供以下銀行資料:

- 戶口持有人姓名 (英文) (必須與受保人相同; 如受保人未滿 18 歲, 請填寫其父或母) _____
- 銀行 (請於空格內填上☑號) 滙豐銀行 渣打銀行 恒生銀行 中國銀行(香港) 其他銀行, 請註明 _____
(註: 如選擇“其他銀行”作銀行轉賬, 閣下之銀行有可能會收取額外轉帳費用並在轉賬金額內扣取)
- 銀行賬戶號碼 _____

支票 (會郵寄至受保人保單地址或保險中介人; 如保單沒有地址, 將郵寄至聯絡人通訊地址)

索償項目及文件

請在申請索償項目空格內☑, 並連同所需之文件及此表格一併交回本公司。本公司可能要求提供額外相關索償文件。

申請索償項目	索償文件清單
<input type="checkbox"/> 意外醫療費用 (請填寫第一部份甲部) (如有手術或住院, 請同時填寫第二部份及第三部份)	1. 註冊醫生/跌打或針灸師發出之醫療收據正本, 並詳列受保人姓名、診斷結果、診治日期及診金 2. 註冊醫生發出之病假證明書副本 3. 如有手術或住院, 由主診醫生填妥的主診醫生報告(本表格的第四部份) 或出院摘要/出院總結正本 (只適用於香港公立醫院)
<input type="checkbox"/> 手術/住院醫療費用 (請填寫第一部份 甲或乙部、第二及第三部份)	1. 各項費用之收據正本 2. 所有主診醫生/專科醫生/麻醉師/外科醫生/物理治療師之詳列受保人姓名、求診日期及診斷結果之診斷證明及/或治療紀錄、醫療報告之副本 3. 由主診醫生填妥的主診醫生報告 (本表格的第四部份) 或出院摘要/出院總結正本 (只適用於香港公立醫院) 4. 手術後/住院前後之診費收據正本, 並詳列受保人姓名、求診日期、診斷證明及/或治療紀錄及各項費用
<input type="checkbox"/> 住院現金/手術現金 (請填寫第一部份 甲或乙部、第二及第三部份)	1. 所有主診醫生/專科醫生/麻醉師/外科醫生/物理治療師之詳列受保人姓名、求診日期及診斷結果之診斷證明及/或治療紀錄、醫療報告之副本 2. 由主診醫生填妥的主診醫生報告(本表格的第四部份) 或出院摘要/出院總結副本 (只適用於香港公立醫院)

第一部份 傷病詳情

(請在空格內 是次索償是由意外引致 (請填寫甲部) 是次索償是由疾病引致 (請填寫乙部)

甲部 (由意外引致的門診/住院詳情)

意外地點 _____ 意外日期及時間 (日/月/年, 時:分) _____

意外發生經過 _____

有否就上述意外報警? 否 有, 請附上口供紙或警察報告副本

受傷部位 _____ 受傷診斷結果 _____

受傷程度 _____ 醫療費用 (港幣) _____

乙部 (由疾病引致的門診/住院詳情)

入住醫院/求診前的病徵 _____ 首次出現病徵的時間 (日/月/年) _____

首次求診日期 (日/月/年) _____ 疾病的診斷結果 _____

是否需要繼續接受治療/覆診? 否 是, 請列明是次疾病之療程還需要多久/覆診日期 (日/月/年) _____

醫療費用 (港幣) _____

第二部份 (只適用於涉及住院/手術的索償)

醫院/提供醫療服務機構名稱 _____

手術日期 (日/月/年) _____ 入院日期 (日/月/年) _____ 出院日期 (日/月/年) _____

首次就診醫生姓名 _____ 首次就診醫生地址 _____

建議入院的醫生姓名 _____ 建議入院的醫生地址 _____

過往就同樣病症/意外曾求診的醫生姓名 _____ 過往就同樣病症/意外曾求診的醫生地址 _____

在住院期間, 您有否請假外出? 否 有, 請列出請假外出日期 (日/月/年) 由 _____ 至 _____

是否需要繼續接受治療/覆診? 否 是, 是次疾病/意外之療程還需要多久/覆診日期 (日/月/年) _____

聲明及授權書

- 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。
 - 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):
 - 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;
 - 辦理付款要求及直接付款授權;
 - 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;
 - 編撰統計數字，或作會計及精算用途;
 - 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;
 - 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;
 - 債務追討;
 - 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
 - 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。
 - 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:
 - 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;
 - 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;
 - 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;
 - 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;
 - 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;
 - 根據主管司法權區的法院的任何頒令的任何人士;及
 - 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。
 - 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
 - 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。
 - 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)姓名(如受保人未滿 18 歲，請填寫其父或母)

受保人(事主)簽署(如受保人未滿 18 歲，請由其父或母簽署)

受保人(事主)香港身份證號碼或護照號碼

簽署日期(日/月/年)

蘇黎世保險有限公司(於瑞士註冊成立之公司)

賠償部：香港港島東華蘭路18號港島東中心25-26樓

網址：www.zurich.com.hk

「三高保」查詢：電話：+852 2903 9382 傳真：+852 2802 6633

Section 3 Attending Physician Statement (This section should be completed by the insured person's attending doctor during patient's hospitalization at the insured person's cost)

第三部份 主診醫生報告 (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)

Part I - Treatments Details 甲部 - 醫療資料

Full name of patient 病人姓名 _____ HKID no. 香港身份證號碼 / Passport no. 護照號碼: _____ Age 年齡 _____ Sex 性別 _____

(a) Treatment period (DD/MM/YY) 診治日期 (日/月/年) From 由 _____ To 至 _____

(b) Diagnosis of conditions 病況診斷 _____

(c) Investigations, treatment, therapy, surgical procedures done and result during the above mentioned treatment period 上述診斷期間曾接受之檢查、治療、手術項目及結果：

(d) Prior to this consultation, did patient first consult you for the related signs and symptoms And when was the first consultation 在是次求診日期前，病人有否在您執業之診所治療有關上述病況之紀錄？如有，病人自何時求診？

No 否 Yes 是, the first consultation was since (DD/MM/YY) 第一次求診日期自 (日/月/年) _____

(e) What sign(s) and symptom(s) was/were the patient aware of at the first consultation 病人在第一次求診之主要病徵為何？

(f) Were there any external visible signs of bodily injury were revealed at the 1st consultation? 傷者在首次求診時，受傷部位有否可見明顯外傷？

(g) Was there any evidence of external bruise, wound or abrasion was revealed at the 1st consultation? 傷者在首次求診時，受傷部位表面有否可見之瘀傷、傷口或擦損？ _____

(h) According to the patient, for how long had such symptoms(s) persisted before the first consultation? 據病人自述，上述病徵在首次求診前出現多久？
_____ day(s) 日 _____ month(s) 月 _____ year(s) 年

(i) Was the patient referred to you by another doctor for further management? 病人是否由另一位醫生轉介予您在進一步治療？
 No 否 Yes 是, the name of referral doctor is 該醫生姓名是 _____

(j) Was there any hospitalization for the patient? 病人有否住院？
 No 否, the patient does not require to stay at hospital for treatment 病人不需要住院接受治療
 Yes 有, Hospitalization period from (DD/MM/YY) 住院日期(日/月/年) 由 _____ to 至 (DD/MM/YY) (日/月/年) _____

(k) Did the patient have any home leave period during hospitalization period? 病人在住院期間有否請假外出？
 No 否 Yes 有, from (DD/MM/YY) 由 (日/月/年) _____ to 至 (DD/MM/YY) (日/月/年) _____

(l) Please indicate if the medical condition and its subsequent treatment are associated with the followings: (please)?
請指出上述病況及其後的治療是否與下列情況有關 (請)?

Congenital anomalies, infertility or sterilization 先天性不正常情況、不育或絕育情況 Dental care, general check up 牙科治療，身體檢查 Under the influence of drugs or alcohol 受藥物或酒精影響

Rest cure, rehabilitation, convalescence or extended car 休養、復康或延續護理 Self-inflicted injuries or suicidal attempt while sane or insane 不論在神智清醒與否下之自我損傷或自殺行為

Mental, psychiatric problems 心理、精神病科 Pregnancy conditions or any related complications 懷孕或由此引發之病況 Cosmetic / Plastic surgery 整形外科手術

Part II – Declaration 乙部 - 聲明

I declare that all the above information are to the best of my knowledge, is true and complete.

本人在以上所有填報資料乃根據本人所知及所信為確實及完全而填報，屬實無訛。

Name of attending doctor 主診醫生姓名 _____ Signature of attending doctor 主診醫生簽署 _____ Signature Date (DD/MM/YY) 簽署日期 (日/月/年) _____

Chop of hospital / clinic 醫院或診所蓋印 _____ Address of hospital / clinic 醫院或診所地址 _____

Hypertension / Diabetes / Raised Cholesterol Supplementary Claims Form

高血壓/糖尿病/高膽固醇索償附加表

This form should be completed by the insured person's attending doctor during insured person's hospitalization at the insured person's cost
此表格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

Part I - Only applicable to patient diagnosed with essential hypertension / Type 2 Diabetes Mellitus / raised cholesterol

甲部 - 此部分只適用於被診斷有原發性高血壓/ 第二型糖尿病/高膽固醇之病人

- (a) Full name of patient 病人姓名 _____
- (b) The patient is diagnosed with (please) 病人被診斷有 (請)
 Essential hypertension 原發性高血壓 (please also fill in Parts (II), (V) 請填寫第(II), (V) 部份)
 Type 2 Diabetes Mellitus 第二型糖尿病 (please also fill in Parts (III), (V) 請填寫第(III), (V) 部份)
 Dyslipidemia 血脂異常 (please also fill in Parts (VI), (V) 請填寫第 (VI), (V) 部份)
- (c) When was the patient first diagnosed with essential hypertension / Type 2 Diabetes Mellitus / raised cholesterol (DD/MM/YY) 病人何時被初次診斷有原發性高血壓/ 第二型糖尿病/高膽固醇 (日/月/年)

- (d) What are the medications prescribed? (please provide details including names, dosages and frequency) 處方藥物是什麼? (請提供詳細資料包括藥名, 劑量和次數)

- (e) When was the patient's first consultation with you? (for either related or unrelated conditions) 病人何時第一次向您求診? (無論就相關或不相關情況)

- (f) Please provide the name and address of the doctors and/or specialists whom this patient have seen in relation to the related conditions
請提供此病人曾經求診的醫生及/或專家的名稱和地址

- (g) Name of doctor, address of hospital or clinic and date of last consultation by the patient (DD/MM/YY) 病人最近求診的醫生名稱、醫院/診所地址及求診日期(日/月/年)

- (h) Please provide any additional information that is relevant 請提供您認為相關的其他資料

Part II - Only applicable to the patient diagnosed with essential hypertension

乙部 - 以下部份只適用於被診斷有原發性高血壓之病人

- (a) What were the BP levels? (Please attach additional paper if necessary) 請列出血壓值 (如有需要, 請另附紙)

Date (DD/MM/YY) 日期 (日/月/年)	BP 血壓	PR 心率

- (b) What is the target therapeutic BP level for the management of essential hypertension for this patient? 就管理此病人的原發性高血壓所訂立的目標血壓水平?

- (c) What are the other cardiovascular risk factors identified? 其他被鑒定的心血管疾病風險因素
 Dyslipidaemia 血脂異常 Diabetes mellitus 糖尿病 Tobacco use 吸煙
 Obesity 肥胖 Other, please specify 其他, 請註明 _____
- (d) What is the "10 years CVD risk" score for this patient? 此病人"10年心血管疾病風險"的得分 _____
- (e) Is there any complication of essential hypertension identified? If "yes", please specify 有否發現高血壓併發症? 如有, 請註明 _____
