

住院／醫療費用索償表格



香港灣仔軒尼詩道28號15樓
電話: 2560 1990 傳真: 2560 3605
www.cigna.com.hk

如有關任何索償事項查詢，請致電客戶服務熱線 (852) 2560 1990。(請於選擇語言後按“4”以聯絡專責索償團隊)

☐ 首次索償 ☐ 持續索償

第一部份 — 請由受保人填寫，如受保人未滿18歲，則由保單持有人填寫。(請連同住院／醫療費用單據一併寄回)

個人資料		參考	內部專用
保單持有人姓名	英文 姓 _____ 名 _____	中文 _____	保單編號 _____
受保人姓名	英文 姓 _____ 名 _____	中文 _____	
受保人香港身份證號碼	_____	出生日期 _____ (年/月/日)	年齡 _____ 性別 _____ 男/女
日間聯絡電話	_____	電郵地址 _____	
受保人之現任僱主名稱	_____		受僱職位 _____
受保人之現任僱主地址	_____		
		公司電話 _____	
所有索償通知將會郵寄至閣下在本公司記錄之通訊地址。			

醫療資料

請註明索償類別是因疾病／意外而導致的住院／醫院費用及提供有關資料。(註：若閣下是次索償的疾病或意外曾求診門診和入院，請填寫門診及入院資料)

醫院名稱／提供醫療服務者機構名稱 _____ 治療日期：由 _____ 至 _____

治療原因，請註明：

☐ 由疾病所致，並請闡述所患之病症： _____

上述疾病之徵狀始自何時？ _____

☐ 在住院期間，病人有否請假外出？ ☐ 否 ☐ 有，請假外出期由 _____ 至 _____ 原因是 _____

☐ 因意外受傷所致，請闡述意外詳情： 日期 _____ 時間 _____ 地點 _____

意外怎樣發生？ _____

上述意外有否交由警方調查？如有，請列明所辦理之警署地點，報案編號及提交該口供紙副本。

門診診斷資料

1. 首次求診日期 _____ (年/月/日)

2. 是次主訴原因 _____

3. 其後因是次主訴之覆診／再診之日期 _____

過往求診資料，請註明：

1. 請列出曾求診治療上述病況之醫生名稱： _____ 初診日期 _____

2. 請列出過去慣常求診之醫生名稱及地址： _____

其他資料

請問除本公司外，有否投保於其他保險公司？如有，請述：

保險公司名稱 _____ 投保種類 _____ 保單編號 _____ 保單生效日期 _____

聲明及授權

(請由受保人簽署，如受保人未滿18歲，則由保單持有人簽署)

本人特此聲明一切陳述，不論是否本人親手所寫，就本人所知所言，均為正確無訛及完整。本人茲授權任何醫生、醫院、藥房、保險公司、警察局、僱主、任何機構及人士，將已經存錄或準備存錄的本人/受保人之醫療、病歷及其他資料給予信諾環球人壽保險有限公司及信諾環球保險有限公司(統稱“信諾”)或其代表，作為評估或辦理此申請書或索償和售後服務/意見調查之用。為免任何疑問，本授權書對本人/受保人之繼承人、受讓人、遺囑執行人及遺產管理人均具有約束力。即使本人/受保人死亡或無行為能力，本授權書仍具效力。本授權書之副本及正本具同樣效力。本人謹此聲明及同意信諾收集或存錄有關之個人資料(無論載於本申請書內或從其他途徑所獲取的)，並可保留、使用、透露、及轉傳該等資料給任何有關公司/機構或被選定的團體(本港或海外，包括代表本人/受保人的保險中介人、再保公司、賠償調查公司及同業協會或聯會)，以辦理此申請書、索償及售後服務、資料核對，並作為知會本人/受保人之用。本人有權向貴公司查閱及要求更正任何已存錄之個人資料，而有關申請可向信諾個人資料保護專員提出。

受保人／保單持有人簽署 (如受保人未滿18歲) _____ 簽署日期 _____

受保人／保單持有人姓名 (請以正楷書寫) _____ 受保人／保單持有人香港身份證號碼 _____

第二部份 — 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 II – Attending Physician Statement (To be completed by the insured's attending doctor at the insured's cost)

病人姓名 _____ 香港身份證號碼 _____ 年齡 _____ 性別 _____
Full name of Patient _____ HK Identity Card No _____ Age _____ Sex _____

求診資料 Consultation Information

診斷日期 由 _____ 至 _____
Treatment Period from _____ to _____

1. 病況診斷
Diagnosis of conditions

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

有關上述病況之資料 History of Consultation

1. 在是次求診日期前，病人有否在台端執業之診所診治有關上述病況之紀錄？如有，病人始自何時求診？
Prior to this consultation, did patient first consult you for the related signs and symptoms? And when was the first consultation?
☐ 否 ☐ 有，第一次求診日期始自 _____
NO YES, the first consultation was since _____
2. 病人在第一次求診之主要病徵為何？
What sign(s) and symptom(s) was/were the patient aware of at the first consultation?

3. 如上述之徵狀是由意外所導致，If the sign(s) and symptom(s) mentioned above were caused by an accident,
i) 意外發生日期 _____ 年 / 月 / 日 時間 _____ 地點 _____
Accident Date (YY/MM/DD) Time _____ Place of the accident happened _____
ii) 請詳述意外是如何發生。
Please give the circumstances of the accident in details.

iii) 請問傷者在首次求診時，受傷部位有否可見明顯外傷？
Any external visible signs of bodily injury were revealed at the 1st consultation? Please give details.

4. 據病人自述，上述病徵在求診前出現多久？
According to the patient, for how long had such symptom(s) persisted before the first consultation? _____ (年 / 月 / 日)
YY / MM / DD
5. 據你的診治，在第一次求診時，病徵已持續了 _____
In your opinion, prior to the first consultation, such symptom(s) had persisted for _____ (年 / 月 / 日)
YY / MM / DD
6. 病人是否由另一位醫生轉介台端作進一步治療？如是，請列出姓名：
Was the patient referred to you by another doctor for further management? If so, please state name of referral doctor:
☐ 否 ☐ 是，該醫生為 _____ 轉介理由 _____
NO YES, the name of referral doctor is _____ Reason of referral: _____
7. 就上述病況，病人有否住院？
Was hospitalization required for the abovementioned diagnosis?
☐ 是 住院日期 由 _____ 至 _____ 住院原因 _____
YES Hospitalization Period is from _____ to _____ Reason for this hospitalization: _____
☐ 否 病人不需要住院接受治療
NO The patient does not require to stay at hospital for treatment
8. 如有轉介予專科診治，請提供專科醫生之姓名及治療詳情：
If you have recommended the patient for specialist's opinion (other than attending Physician), please give specialist name and nature of treatment provided:

9. 在住院期間，病人有否請假外出？
During hospitalization period, did the patient have any home leave taken? ☐ 否 ☐ 有，請假外出日期由 _____ 至 _____ 原因是 _____
NO YES, the home leave period is from _____ to _____ Reason is _____

10. 請指出上述病況是否與下列情況有關：
Please indicate if the medical condition and its subsequent treatment are associated with the followings:
- | | | | | | |
|-----|------|--|-----|------|---|
| 是 | 否 | 先天性不正常情況、不育或絕育 | 是 | 否 | 牙科治療，身體檢查 |
| YES | / NO | Congenital anomalies, infertility or sterilization | YES | / NO | Dental care or General Check-up |
| 是 | 否 | 受酒精或藥物影響 | 是 | 否 | 休養、復康、療養或延續護理 |
| YES | / NO | Under the influence of drugs or alcohol | YES | / NO | Rest cure, rehabilitation, convalescence or extended care |
| 是 | 否 | 不論在神智清醒與否下之自我傷殘或自殺行為 | 是 | 否 | 心理，精神科 |
| YES | / NO | Self-inflicted injuries or suicidal attempt while sane or insane | YES | / NO | Mental, psychiatric problems |
| 是 | 否 | 懷孕或由此引發之病況 | 是 | 否 | 美容 / 整形外科手術 |
| YES | / NO | Pregnancy conditions or any related complications | YES | / NO | Cosmetic / Plastic Surgery |

醫生簽署 _____ 醫院 / 醫生蓋印 _____
Signature of Physician _____ Hospital / Physician Stamp _____
醫生地址 _____ 簽署日期 _____
Physician Name in Block _____ Date Signed _____
診所地址 _____
Clinic Address of Physician _____