

~ ST. TERESA'S HOSPITAL

Ward : E3W / 366-6



Sex : F
Age : 37YrsM (27)
Class : SW
25-10-2017 17:52:38
PN19971204352



ZURICH®

蘇黎世

個人意外及醫療索償申請表

① 申請索償	② 申請確認通知	③ 索償結果								
<ul style="list-style-type: none">申請索償，請填妥此索償申請表並電郵/郵寄至本公司電郵：dalmshk@hk.zurich.com郵寄地址：蘇黎世保險有限公司賠償部 香港灣仔東華路18號 港島東中心26樓 <p>您可下載「Zurich HK」手機應用程式提交以下索償申請，以享更快索償：</p> <ul style="list-style-type: none">住院現金保障「I-世代」手術現金保障	<ul style="list-style-type: none">在兩個工作天內收到確認通知及/或電郵	<ul style="list-style-type: none">若所補文件齊備，十四個工作天內將獲電郵/電話短訊/郵寄通知索償結果								
<p>注意事項：</p> <ol style="list-style-type: none">索償申請必須於事故發生後30日內遞交如有任何查詢，請以以下方式與我們聯絡： <table border="0"><tr><td>一般查詢：</td><td>「貴族」/「三高保」查詢：</td></tr><tr><td>電話：2903 9388</td><td>電話：2903 9382</td></tr><tr><td>傳真：2968 1660</td><td>傳真：2802 6633</td></tr><tr><td>電郵：claims@hk.zurich.com</td><td>電郵：zurich.medical@hk.zurich.com</td></tr></table>			一般查詢：	「貴族」/「三高保」查詢：	電話：2903 9388	電話：2903 9382	傳真：2968 1660	傳真：2802 6633	電郵：claims@hk.zurich.com	電郵：zurich.medical@hk.zurich.com
一般查詢：	「貴族」/「三高保」查詢：									
電話：2903 9388	電話：2903 9382									
傳真：2968 1660	傳真：2802 6633									
電郵：claims@hk.zurich.com	電郵：zurich.medical@hk.zurich.com									

索償類別

(請於空格內回) ☐ 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 <u>HLA00010057C</u>	*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 <u>F</u> 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 _____ (本公司將會以電話短訊及/或電郵發送確認索償由蘇黎世保險有限公司通知)	*聯絡人/受保人(事主)電郵地址 _____
*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，請在空格內回：
☐ 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，請於空格內回，我們將寄回其核實副本 ☐ 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 (請於空格內填上編號) ☐ 匯豐銀行 ☐ 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(必需填寫))

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四部份)	<ol style="list-style-type: none"> 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"/> 意外死亡或永久傷殘 (請填寫第一部份甲部、第二及第四部份)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 死亡證或法庭假定死亡證(失蹤事件)副本 (只適用於意外死亡索償) 2. 註冊醫生發出之有關傷殘程度證明書副本 (只適用於永久傷殘索償) 3. 警方報告副本 (如適用) 4. 授予遺囑認證書 / 遺產管理書副本/核實副本(只適用於意外死亡索償) 5. 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 checked="" type="checkbox"/> 手術/住院醫療費用 (請填寫第一部份甲或乙部、第二及第四部份)	<ol style="list-style-type: none"> 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、第二及第四部份)	<ol style="list-style-type: none"> 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)
<input type="checkbox"/> 入息保障 (請填寫第一部份甲部、第二至第四部份) 註: 索償入息保障超過兩星期者, 毋須等候受保人完全康復及出院後才申請賠償	<ol style="list-style-type: none"> 1. 註冊醫生發出之病假證明書副本 2. 註冊跌打或針灸師發出之病假證明書副本(如適用) 3. 糧單、銀行存款單、稅單、或僱主所發之僱傭狀/合約副本 4. 住院期間證明副本 (只適用於自僱受保人士) 5. 由僱主填妥的僱主認可的病假證明書正本 (本表格的第三部份)

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 ☐右腳 ☐右手 ☐左腳 ☐左手 ☐上身 ☐頭 受傷診斷結果 _____

受傷程度 ☐輕微 ☐普通 ☐嚴重 ☐死亡 醫療費用 (港幣) _____

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) _____

乙部 (由疾病引致的門診/住院詳情)

入住醫院/求診前的病徵 ST. TERESA'S HOSPITAL 首次出現病徵的時間 (日/月/年) _____

首次求診日期 (日/月/年) 9-10-2017 疾病的診斷結果 as per attachment

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) as per receipt

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 ST. TERESA'S HOSPITAL

手術日期 (日/月/年) 27-10-2017 入院日期 (日/月/年) 25-10-2017 出院日期 (日/月/年) 27-10-2017

	醫生姓名	醫生地址
首次就診醫生		
建議入院的醫生		
過往就同類病症/意外曾求診的醫生		

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) _____

第三部份 僱主認可的病假證明書 (由申請賠償者的僱主填寫)

茲證明申請賠償者姓名 _____ 為本公司(職位) _____

在 (日/月/年) _____ 因意外受傷 (原因) _____

致他/她休假 由 (日/月/年) _____ 至 (日/月/年) _____

本人/公司證明該申請賠償者的每月基本薪金為港幣 (不包括花紅、佣金、超時補薪及其他津貼) _____

僱主名稱 _____ 僱主職位 _____

僱主地址 _____

僱主簽署及日期

申請賠償者簽署及日期

(茲確認上述資料正確無訛)

公司蓋章

DR.

M

P

Tel:

Specialist in Surgery
(SURGERY)

OFFICIAL RECEIPT

Date 9/10/17

Received from

cash / chq.

Five hundred only the sum of Hong Kong Dollars

being in payment as follows:-

FOR PROFESSIONAL SERVICES		AMOUNT
1. CONSULTATION 診金		
2. MEDICATION 藥費		
3. GASTROSCOPY 胃鏡 / COLONOSCOPY 腸鏡		
4. LABORATORY 化驗		
5. OPERATION 手術		
DIAGNOSIS <u>Abdominal pain</u>	TOTAL H.K. \$	<u>500</u>



AUTHORIZED SIGNATURE

OFFICIAL RECEIPT

Date 31/10/17

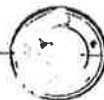
Received from

cash / chq.

one thousand only the sum of Hong Kong Dollars

being in payment as follows:-

FOR PROFESSIONAL SERVICES		AMOUNT
1. CONSULTATION 診金		
2. MEDICATION 藥費		
3. GASTROSCOPY 胃鏡 / COLONOSCOPY 腸鏡		
4. LABORATORY 化驗		
5. OPERATION 手術		
DIAGNOSIS <u>Acute gastritis</u> <u>HP+ve</u> <u>gallstones</u>	TOTAL H.K. \$	<u>1000</u>



AUTHORIZED SIGNATURE

醫院編號 20170848f1x

醫生編號

Dr. Code

JA 5587

Hospital No.

醫生姓名

Doctor's Name

病者姓名

Patient's Name

房號

Room

日期

Date

診

金

由

28/10

至

27/10

to

Professional service rendered, from

Per Visit

每次診金

-

for

x 3

\$

2400

Special Visit

診

\$

700

\$

for

Operation

手術

\$

for

Delivery

接生

\$

for

\$

for

\$

Anaesthetic

麻醉

\$

for

Others

其他

\$

\$

\$

\$

\$

\$

Bill No.

Signature

Total

\$

17400

\$

\$

\$

Patient Copy

聖德肋撒醫院
ST. TERESA'S HOSPITAL

香港九龍太子道327號
327 PRINCE EDWARD ROAD, KOWLOON, HONG KONG
TEL.: 2200 3434
Website: www.sth.org.hk

頁
PAGE: 1 of 2

日期
DATE: 27-Oct-2017 12:22:37

編號
NO: AC2017129219

姓名
NAME:

收費單
STATEMENT OF ACCOUNT

性別
SEX: Female

病人號碼
PATIENT NO.: HN2017081491X

房號
ROOM / BED: E366-6

入院日期
ADMISSION DATE: 25-Oct-2017

出院日期
DISCHARGE DATE: 27-Oct-2017

日期 DATE	項目 PARTICULARS	金額 AMOUNT (HK\$)	總金額 SUB-TOTAL (HK\$)
25-10-17	MEDICINE/INJECTION 藥費/藥物注射費 ADMISSION SERVICE 入院服務 BED/ROOM CHARGE 病床/病房收費	\$110 \$180 \$590	\$880
26-10-17	ENDOSCOPIC CHARGE-GASTROSCOPY 胃窺鏡檢查 ENDOSCOPIC CHARGES-COLONOSCOPY 結腸窺鏡檢查 HISTOPATHOLOGICAL EXAMINATION 病理化驗 LABORATORY 化驗費 MEAL/BEVERAGE 膳食費 MEDICINE/INJECTION 藥費/藥物注射費 BED/ROOM CHARGE 病床/病房收費 TREATMENT/ASSOCIATE MATERIALS 治療及有關物料費 ULTRASOUND 超聲波	\$2,486 \$2,928 \$2,840 \$2,465 \$30 \$1,515 \$590 \$625 \$3,000	\$16,479
27-10-17	MEAL/BEVERAGE 膳食費 MEDICINE/INJECTION 藥費/藥物注射費	\$75 \$1,824	\$1,899
	TOTAL HOSPITAL CHARGES 醫院費合共		\$19,258
27-10-17	DR. 巡房費 Ward Round Fee 手術費 Operation	\$2,400 \$15,000	\$17,400
	TOTAL DOCTOR FEE (\$) 醫生費合共		\$17,400
	GRAND TOTAL 總額		\$36,658

摘錄:-

1. 住院賬單須於發出後二十四小時內付清，按金會在出院時扣除，出院時須清付餘賬。
2. 門診賬單須於診症後繳付。
3. 蓋上院印之賬單，若其支票亦已過戶，方可作為收據。
4. 院方不再另發收據。
5. 本院保留向逾期賬目收取附加利息的權利。
6. 出院賬單如有漏算，醫院保留追討權利。

N. B.

1. Interim account, when presented, must be settled within 24 hours. Deposit will be offset in the final account.
- Final account must be settled upon patient's discharge.
2. Out-Patient account must be settled after consultation.
3. Receipt is only valid when cheque is cleared and hospital chop is imprinted.
4. No other official receipt will be issued.
5. The Hospital reserves the right to impose surcharge on the overdue accounts.
6. The Hospital reserves the right to subsequently bill any undercharge.

E. & O. E.

聖德肋撒醫院
ST. TERESA'S HOSPITAL

香港九龍太子道 327 號
327 PRINCE EDWARD ROAD, KOWLOON, HONG KONG
TEL.: 2200 3434
Website: www.sth.org.hk

頁
PAGE: 2 of 2

日期
DATE: 27-Oct-2017 12:22:37

姓名
NAME:

病人號碼
PATIENT NO.: HN2017081491X

入院日期
ADMISSION DATE: 25-Oct-2017

收費單
STATEMENT OF ACCOUNT

編號
NO: AC2017129219

性別
SEX: Female

房號
ROOM / BED: E366-6

出院日期
DISCHARGE DATE: 27-Oct-2017

日期 DATE	項目 PARTICULARS	金額 AMOUNT (HK\$)	總金額 SUB-TOTAL (HK\$)
	TOTAL BALANCE DUE 應繳金額總數		\$36,658

摘錄:

1. 住院賬單須於發出後二十四小時內清付，按金會在出院時扣除，出院時須清付餘賬。
2. 門診賬單須於診症後繳付。
3. 蓋上院印之賬單，若其支票已過戶，方可作有效收據。
4. 院方不再另發收據。
5. 本院保留向逾期賬目收取附加利息的權利。
6. 出院賬單如有漏算，醫院保留追討權利。

N. B.

1. Interim account, when presented, must be settled within 24 hours. Deposit will be offset in the final account. Final account must be settled upon patient's discharge.
2. Out-Patient account must be settled after consultation.
3. Receipt is only valid when cheque is cleared and hospital chop is imprinted.
4. No other official receipt will be issued.
5. The Hospital reserves the right to impose surcharge on the overdue accounts.
6. The Hospital reserves the right to subsequently bill any undercharge.

E. & O. E.

Payment Date: 27-Oct-2017

VISA \$36,658

Total \$36,658



Statement Preview 收費單預覽

1 / 1

姓名

HN2017081491X

Name :



編號

房號

No. :

AC2017129219

RM. No.: 366-6/E3W/SW

日期 Date	項目 Particulars	金額 Amount (HK\$)
25-10-2017	MEDICINE/INJECTION 藥費/藥物注射費	\$110
	ADMISSION SERVICE 入院服務	\$180
	BED/ROOM CHARGE 病床/病房收費	\$590
26-10-2017	ENDOSCOPIC CHARGE-GASTROSCOPY 胃窺鏡檢查	\$2,486
	ENDOSCOPIC CHARGES-COLONOSCOPY 結腸窺鏡檢查	\$2,928
	HISTOPATHOLOGICAL EXAMINATION 病理化驗	\$2,840
	LABORATORY 化驗費	\$2,465
	MEAL/BEVERAGE 膳食費	\$30
	MEDICINE/INJECTION 藥費/藥物注射費	\$1,515
	BED/ROOM CHARGE 病床/病房收費	\$590
	TREATMENT/ASSOCIATE MATERIALS 治療及有關物料費	\$625
	ULTRASOUND 超聲波	\$3,000
27-10-2017	MEAL/BEVERAGE 膳食費	\$75
	MEDICINE/INJECTION 藥費/藥物注射費	\$1,824
	Total Hospital Charges 醫院費合共	\$19,258
27-10-2017	DR. 巡房費	\$2,400
	Ward Round Fee 手術費	\$15,000
	Operation 醫生費合共	\$17,400
	Total Doctor Fee(s) 總額	\$36,658
	Grand Total 應繳金額總數	\$36,658
	Total Balance Due	\$36,658

註：此收費單預覽並非正式收費單，僅供參考用途。

Note: This statement preview is for patient's reference only. It is not an official statement of account.

