



中國太平洋保險(香港)有限公司
香港灣仔港灣道18號
中環廣場4301室
電話: (852)2541 4338
傳真: (852)2541 4332

健康險理賠申請書

保單編號：

保險期：由

(年/月/日)

至

(年/月/日)

*必須填為

第一部份：被保人資料 (由被保人填寫)

*被保人姓名	中文	英文	*性別
*身份證號碼		*國籍 有效期至 (年/月/日)	*職業
*聯絡電話		電郵	微信
*地址 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 工作單位			郵遞區號

第二部份：申請人資料 (若申請人與被保人為同一人，此部份可免填寫)

*被保人姓名	中文	英文	*性別	
*身份證號碼		*國籍 有效期至 (年/月/日)	*職業	
*聯絡電話		電郵	微信	
*地址 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 工作單位			郵遞區號	
*收款人姓名/單位名稱	*銀行賬號			
*開戶銀行名稱	銀行	分行	支行	分理處

提示：

- 收款賬戶為被保人本人、受益人（如被保人已身故）或其監護人，不得由保險代理機構、保險代理業務人員和保險行銷員代領；
- 填寫單位賬戶，即代表本人授權同意本次理賠款由單位代為領取，我司將賠款支付給單位即視為已經履行保險合同項下的給付義務。

第三部份：理賠授權委託書 (由被保人填寫)

現申請人（姓名）	委託（姓名）	先生/女士前往貴公司代為辦理本次理賠事宜。	
*受託人身份證號碼		*國籍 有效期至 (年/月/日)	*職業
*受託人聯絡電話		電郵	微信
*受託人地址 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 工作單位			郵遞區號

委託日期同申請人在本申請書簽名欄簽章日期，本委託有效期至是次理賠結束時止。

委託人鄭重聲明，凡因本授權委託引發的任何法律或經濟糾紛由委託人承擔。

委託人簽名
日期：

受託人簽名
日期：

第四部份：被保人病歷（由主診專科醫生填寫）

*病人姓名	中文	英文	*身份證號碼	*國籍
*醫院/診所名稱	*地址			
*入院/治療詳情				
*是次治療/入院/手術 主要病因			由 (年/月/日)	至 (年/月/日)
*手術/治療日期 (年/ 月/日)		*手術名稱	*手術性質	
*最終診斷及現況				
*出院/治療總結 (治 療計劃、診查辦法及 結果)				
其他專科醫生姓名 (如適用)		電話	地址	

主診專科醫生姓名:

主診專科醫生電話:

主診專科醫生簽署及蓋章

日期:

聲明與授權書

- 本人在申請書上所填寫的內容均為正確真實無訛，如有虛假，願承擔法律責任；所有曾為被保險人診治的醫生出示的合格有效的書面診件，以及貴公司要求申請人出具的其他各種證件，均作為理賠證據的一部分；
- 本人同意貴公司將理賠金轉入理賠申請書所指定的銀行帳戶中；本人同意承擔因銀行帳戶指定錯誤導致轉帳失敗而產生的法律、經濟責任；
- 本人謹此聲明本人確認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。本人茲授權於任何曾替本人作診療之醫生、醫務人員、醫院或診所提供的有關本人病歷之資料予中國太平洋保險（香港）有限公司，此授權之影印本亦屬有效。

收集個人資料聲明

本人明白本人提供的資料為中國太平洋保險（香港）有限公司提供保險業務所需，並可能使用於下列目的：

任何與保險或財務有關的產品或服務或該等產品或服務的任何更改、變更、取消或續期

任何索償或該等索償的調查或分析

行使任何代位權；及可能移轉予：

任何有關的公司或任何其他從事與保險業或再保險業務有關的公司，或與保險業務有關的仲介人或索償或其他服務提供者以達到任何上述或有關目的；

現存或不時成立的任何保險公司的協會或聯會或同類組織「聯會」以達到任何上述或有關目的，或以便「聯會」執行其監管職能，或其他基於保險業或任何「聯會」會員的利益而不時在合理要求下賦予「聯會」的職能；及透過「聯會」移轉予任何「聯會」的會員，以達到上述或有關目的。

此外，本人授權中國太平洋保險（香港）有限公司可向「聯會」從保險業收集的資料中查閱及/或核對本人任何資料。本人明白本人有權查閱及要求更正由中國太平洋保險（香港）有限公司持有有關本人的個人資料。如有需要本人將向中國太平洋保險（香港）有限公司個人資料私隱條例監察主任提出。 電話：(852) 2541 4338 傳真：(852) 2541 4332

日期:

被保人簽署

提交理賠文件清單（請剔出已提交的證明或資料）

請剔	所需證明或資料	香港居民	澳門居民	中國境內同胞
<input type="checkbox"/>	被保人身份證明文件副本（須與投保時提供的證件類型、證件號碼保持一致）	✓	✓	✓
<input type="checkbox"/>	外科專科醫生確診乳腺癌復發/轉移報告副本	✓	✓	
<input type="checkbox"/>	腫瘤科專科醫生確診乳腺癌復發/轉移報告副本	✓	✓	
<input type="checkbox"/>	病理學專科醫生確診乳腺癌復發/轉移報告副本	✓	✓	✓
<input type="checkbox"/>	確診乳腺癌復發/轉移 CT Scan 及/或 PET 及/或 MRI 檢查影像及報告副本	✓	✓	✓
<input type="checkbox"/>	有關受益人資料及證明	✓	✓	✓
<input type="checkbox"/>	有關受託人資料及證明	✓	✓	✓
<input type="checkbox"/>	^ 指定醫療機構確診乳腺癌復發/轉移報告副本			✓
<input type="checkbox"/>	確診乳腺癌復發/轉移 CT Scan 及/或 PET 及/或 MRI 檢查影像及報告副本	✓	✓	✓
<input type="checkbox"/>	其他有助速成理賠核實資料，請註明：			

註

1. 被保人須按其身份根據上表所列提交「所需證明或資料」
2. CT Scan（即電腦掃描或電子計算機斷層掃描），PET（即正電子發射斷層掃描），MRI（即磁力共振或核磁共振）；因應核保可能需要多於 1 項影像及報告

中國太平洋保險（香港）有限公司
 地址：香港灣仔港灣道 18 號中環廣場 4301 室
 電話：(852) 2541 4338
 傳真：(852) 2541 4332
 電郵：claims@cpic.com.hk