



保险给付申请表

医疗* 药房* 牙科* 视力保健*

* 请参阅您的保险计划文件，核实您的保险计划保险范围。

请将填妥的保险给付申请表连同分类帐单和收据一并寄还，也可以用传真发送。每一位家庭成员均需要分别填写一份索款申请表。请将小收据用透明胶带贴在 8.5 x 11 英寸的纸上。

Aetna Global Benefits/Aetna
P.O. Box 981543
El Paso, TX 79998-1543
USA

电话: +1-800-231-7729 (从美国境外拨打, 请用 AT&T 接入码)
+1-813-775-0190 (从美国境外直拨或要求接话方付费)
传真: +1-800-475-8751 (从美国境外拨打, 请用 AT&T 接入码)
+1-859-425-3363 (从美国境内拨打)
电子邮件: agbservice@aetna.com

1. 员工资料

雇主名称/集体保险号 _____
员工姓名 _____
(名, 中间名首字母, 姓, 须与 Aetna ID 卡所示姓名一致)
识别号 (请填写您的 AETNA ID 卡上的号码) _____
员工出生日期 (月/月/日日/年年年年) _____ 性别 男 女
街道名称及门牌号码 _____
城市 _____ 州或省 _____
国家 _____ 邮政或邮区编码 _____
员工电话号码 (包括国家号) _____
员工主要电子邮件地址 _____
(请提供电子邮件地址, 以便在处理您的保险给付申请过程中需要其他资料时可及时联系。)

2. 病人资料

病人姓名(名, 中间名首字母, 姓) _____
与员工的关系 员工本人 配偶 子女 其他人 _____
病人出生日期 (月/月/日日/年年年年) _____ 性别 男 女
如果您的保险计划的资格指南要求超过特定年龄的家属必须是在校学生, 则必须每学年提供证明上学的材料, 如成绩单、学费单等。有关细节请参阅您的保险计划文件。

3. 医疗、药房、牙科和视力保健服务总结 (请就接受的每项服务填写诊断结果或治疗原因)

- 如果是修复服务 (牙冠、牙桥或镶牙), 须提供下列资料:
 - X 光 (如果没有 X 光照片, 须提供牙医的说明报告。)
 - 对于所有牙科保险给付 (预防性服务除外, 如口腔检查、x 光检查、清洗、氟化物等), 请填写牙医声明 (GC-14423), 并附加到本保险给付申请表。一定要对所有的牙科检查确定相关的牙齿数, 并包括拔牙日期或最初换牙日期, 以及换假牙或齿桥更换原因。
 - 如果为牙桥或镶牙索取保险给付, 我们需要口腔中所有其他缺牙的图示, 以及其拔除日期。
- 如果是牙周治疗服务 (齿龈疾病), 会员必须提供 X 光片和牙周图。
- 如果是牙齿整形服务, 必须提供以下资料: 装置置入日期, 已治疗月数, 剩余治疗月数。
- 如果是与事故受伤有关的服务, 病人必须提供治疗前的 X 光片和对事故的详细说明。

接受服务的日期 (月月/日日/年年 年年)	服务提供者 (医生、诊所、医院、药房) 的 姓名/名称及地址 (如果服务提供者的姓名/名称及地址在收据 上, 请注明“见收据”)	服务/药物治疗/ 药品/医疗器械说明 (如果是医院, 请说明是 住院病人还是门诊病人)	诊断 (就医原因)	保险给付费用所在城市/ 州/省/国家	保险给付费用货 币	费用总计

4. 保险给付费用资料

如果以下两项中, 有一项的答案是“是”, 则必须填写本节的 c 和 d。

a. 此项保险给付申请是否与工作事故或工作环境有关? 是 否

b. 此项保险给付申请是否与事故受伤有关? 是 否

c. 事故日期(月/月/日日/年年年年) _____ 时间 _____ 上午 下午

d. 事故说明 (如何发生及发生地点) _____

请保留 A 联, 留作记录

员工姓名 _____
(名, 中间名首字母, 姓)

5. 报销总结 - Aetna Global Benefits (AGB) 福利计划包括选择以各种货币和报销付款方式提供保险给付申请报销。在以下部分建立您所选定的选项。AGB 保留以可用货币类型的付款方式进行福利报销的权利, 根据情况进行调整。

如果选择用美元支票付款, 请跳至第 8 节。所有其他报销付款方式, 需继续填写第 5、第 6 和第 7 节。

请在以下各项中选择一项 (如果适用) - 如果不选择, 将仅遵照本保险给付申请执行:

- 使用目前档案中有关“重复报销选择”(RRE)的资料。
 使用第 5 节和/或第 6 节提供的资料建立“重复报销选择”。
 使用第 5 节和/或第 6 节中提供的资料更新现有档案中的“重复报销选择”资料。
 使用第 5 节和/或第 6 节提供的资料, 仅用作与本保险给付表有关的费用。

报销总结 (方式/货币类型) - 每份保险给付申请只能要求使用一种报销付款方法和一种货币。(除非另有说明, 报销款项将支付给付款接受人, 并用美元支票支付。)

使用下面提供的资料将所有适用的报销付款寄给: 员工 服务提供者

请求的报销付款方式	国家/报销付款货币类型 (如: 英国/英镑): 如果选择的货币不适用于请求的方法, 将按默认方式用美元报销款项。
<input type="checkbox"/> 资金汇兑 (首选) 收到福利报销付款的最有效方式是通过资金汇兑。请向银行咨询以帮助向 AGB 提供正确的资料。	
<input type="checkbox"/> 支票	(填写国家/货币, 然后跳到第 8 节。)

6. 银行资料

主要银行 - 如果选择资金汇兑作为首选的报销付款方式, 则要求以下资料。AGB 将免费把资金转到您的银行; 但是, 建议您向银行咨询以确定银行是否就您收到的资金汇兑收取任何其他费用。

银行帐号 _____
 帐户持有人姓名 (会出现在银行对帐单上) _____
 银行识别代码/Routing 号码 _____
 S.W.I.F.T./BIC 代码 (仅适用于转账) CHIPS UID 联邦 ABA 银行 Sort ID IBAN 其他 _____
 银行名称 _____
 银行地址 (包括国家) _____
 银行电话号码 (包括国家号) _____

7. 其他医疗保险/计划

是否有任何家庭成员的医疗费用由其他医疗保险计划、Medicare 或任何美国联邦、州、全国性、社会福利性政府计划提供?

是 否 如果填写“是”, 请提供以下资料。

该家庭成员的姓名以及与员工的关系 _____
(名, 中间名首字母, 姓)

家庭成员出生日期 (月/日/年年年)

--	--	--	--	--	--	--	--

 性别 男 女

其他保险公司的名称或保险类别 _____

8. 授权书 (必须填写)

适用于所有电子存款: 本人特此授权 Aetna Life & Casualty (Bermuda) Ltd.、Aetna Life Insurance Company 及其任何联营公司 (下称“Aetna”) 和/或其指定代理人将应支付给本人和/或由本人抚养者的给付款项存入本表格指定银行或金融机构中的本人帐户。本人同意, 如果本表格提供的资料发生变更, 或本人撤销此项授权, 本人将书面通知 Aetna。本人同意, 如果出于任何原因, 致使不应得之给付款项存入本人帐户, 本人将立即如数偿还任何此类付款。本人进一步同意, 如果本人不立即偿还此等付款, 本人个人将承担所有追款费用 (包括合理的律师费和法律允许的最高利息)。

医疗、药房、牙科和视力保健授权。必须签署并注明日期: 本人授权所有医生、其他医疗保健专业人员、药房或药剂师、医院和医疗保健机构向 Aetna 和任何代表 Aetna 或作为 Aetna 承包商的独立第三方提供有关为病人提供之医疗保健、建议、治疗或用品方面的信息 (包括有关精神病和/或爱滋病/ARC/HIV 方面的信息)。此类信息将用于评估和处理保险给付申请。Aetna 可能向名字列于本表格的雇主提供支付本项保险给付申请的给付款项计算方法, 目的是审查保单/合同的执行和运作情况。本项授权在作为本项保险给付申请依据之保单或合约期限内有效。本人知道, 本人有权在提出要求后收到授权书副本, 并同意本授权书副本具有与原件相同的效力。

警告: 出于欺骗保险公司或其他任何人之目的, 向保险公司提供虚假或误导信息属于犯罪行为, 可导致包括监禁和/或罚款在内的处罚。此外, 如果申请人提供与保险给付申请有重要关系的虚假信息, 保险公司可拒绝提供保险给付。

您可以选择在此索赔表上使用电子形式的签名, 确认您对上述详细信息的核实和声明。为避免疑义, 此类电子签名与原始签名一样有效且具有约束力。我们可以认为, 此电子签名表明您确认上述信息准确无误且在所有方面均不具误导性, 此核实和声明具有约束力。

病人或授权人士签名 _____ 日期 (月/日/年年年) _____

请保留 A 联, 留作记录