

理赔申请书



保险合同编号:

(2018年01版)

◎申请人信息												
姓名						性别	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	联系电话			
地址	省 市 区/县							邮编:				
身份	<input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 指定受益人 <input type="checkbox"/> 被保险人的继承人 <input type="checkbox"/> 监护人 <input type="checkbox"/> 其他_____											
证件	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 军人证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 其它_____					证件号码						
保险金达到1万元人民币请填写本行	国籍			职业			证件有效期	年 月 日				
◎出险人信息 (提示: 若出险人与申请人为同一人, 则出险人信息栏免填写)												
姓名						性别	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	联系电话			
地址	省 市 区/县							邮编:				
证件	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 军人证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 其它_____					证件号码						
保险金达到1万元人民币请填写本行	国籍			职业			证件有效期	年 月 日				
◎出险概况												
事故日期	意外地点			首诊日期		首诊医院						
是否已向本公司报案	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		意外是否有报告公安部门		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		复诊医院					
事故经过												
是否住院	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		医院名称	入院日期		出院日期		住院费用	(元)			
出险人是否参加社会基本医疗保险			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		出险人是否曾在其他保险公司投保人身保险			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
申请险种	<input type="checkbox"/> 疾病医疗 <input type="checkbox"/> 意外医疗 <input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 残疾 <input type="checkbox"/> 豁免保费 <input type="checkbox"/> 其它_____											
◎领款方式												
特别提示: 1. 地址、邮编为理赔通知书寄送地址, 请务必填写完整; 2. 收款人应为保险金受益人 (医疗、重疾类保险金为出险人本人)												
理赔金收款帐户 (非信用卡)	收款人姓名/单位名称 (全称)											
	开户银行名称											
	银行账号											
◎反保险欺诈提示												
<p>请您与我们一同杜绝以下骗取保险金的行为: 1. 故意虚构保险标的; 2. 对发生的保险事故编造虚假的原因或者夸大损失的程度; 3. 编造未曾发生的保险事故; 4. 故意造成财产损失的保险事故; 5. 故意造成被保险人死亡、伤残或者疾病的。</p> <p>诚信是保险合同基本原则, 涉嫌保险欺诈将承担以下责任:</p> <p>【刑事责任】进行保险诈骗犯罪活动, 可能会受到拘役、有期徒刑, 并处罚金或者没收财产的刑事处罚。保险事故的鉴定人、证明人故意提供虚假的证明文件, 为他人诈骗提供条件的, 以保险诈骗罪的共犯论处。</p> <p>【行政责任】进行保险诈骗活动, 尚不构成犯罪的, 可能会受到15日以下拘留、5000元以下罚款的行政处罚; 保险事故的鉴定人、证明人故意提供虚假的证明文件, 为他人诈骗提供条件的, 也会受到相应的行政处罚。</p> <p>【民事责任】故意或因重大过失未履行如实告知义务, 保险公司不承担赔偿或给付保险金的责任。</p>												
◎被保险人及理赔申请人声明与授权												
<p>1. 本人已阅读并知晓以上《反保险欺诈提示》;</p> <p>2. 所有曾为被保险人诊治的医生出示的合格有效的书面诊件, 以及贵公司要求申请人出具的其他各种证件, 均作为理赔证据的一部份;</p> <p>3. 本人明白本人所填写的理赔申请书, 并不代表贵公司已承诺向本人履行赔付责任; 本人在此申请书上所填写的全部内容均确实无讹。如有虚假, 愿承担法律责任;</p> <p>4. 本人授权任何医生、医院、诊所、保险公司或任何组织, 以及凡熟悉被保险人健康情况之人士, 均可将事故者此次意外或疾病, 既往之病症及病历之详细资料向贵公司及其代表提供;</p> <p>5. 本人同意贵公司将理赔金转入《理赔申请书》所勾选指定的银行账户中 (若多位受益人, 将分别提供银行账户复印件或委托书)。本人同意承担因银行账户提供或指定错误导致转账失败而产生的法律、经济责任;</p> <p>6. 本人即使死亡或丧失能力, 本人的继承人或受让人不可撤销或废止上述授权而仍需受此项授权约束。此授权书之副本与正本具同样效力。</p>												

申请人签名						申请日期						
说明: 非身故的理赔申请书必须由被保险人作为受益人填写签字; 身故理赔由受益人签字, 未满18周岁的受益人由监护人代为填写签字。												
业务人员姓名/代码						业务人员联系电话						

理赔须知



* 1 0 3 0 1 0 1 0 1 2 *

尊敬的客户：

您好！

感谢您对我公司的支持。为了充分保证您的权益，提高理赔时效，请您在申请理赔时，按以下说明进行办理：

1、当出险人发生合同约定的保险事故时，应当尽快告知我公司，公司向相关当事人告知索赔注意事项，指导相关当事人提供与确认保险事故的性质、原因等有关的证明和资料。

2、就诊医院提醒：请被保险人按照保险合同约定，在我们指定或认可的医院接受检查治疗，并使用当地社保医疗范围内的检查治疗项目或药品。

3、妥善保管理赔资料：在检查治疗及事故处理过程中，请您及时收集和妥善保存好保险合同中约定的理赔申请所需证明文件和资料。

申请理赔所需资料：	疾病身故	意外身故	残疾豁免保费	重大疾病	医疗
保险合同	√	√	√	√	
理赔申请书	√	√	√	√	√
受益人户籍及身份证明	√	√	√	√	√
门急诊病历及相关检查报告	√	√	√	√	√
出院小结及病情诊断证明书			√	√	√
门急诊/住院费用清单					√
医疗费用原始收据					√
死亡证明书(正反两面)	√	√			
户籍注销证明及火化证明	√	√			
残疾鉴定书			√	√	
事故证明(如交通事故责任认定书)		√	√	√	√
病理组织检验报告				√	

理赔时效：我们收到申请书及上述有关证明和资料后，将在 3-5 个工作日内做出核定，情形复杂的，我们将在三十日内做出核定，但是对于部分情形（详见条款），我们将在六十日内做出核定。

说明：

- 1、受益人户籍及身份证明：包括被保险人的身份证明和受益人的身份证明。若受益人未满十八周岁，可由其法定监护人代为申领保险金，申请时需提供监护关系证明、监护人的身份证件、银行帐号等资料。身份证复印件或影印件必须包含个人信息部分和证件的有效期限（二代身份证提供正反面复印件）；
- 2、身故保险金受益人与投保人及被保险人的关系证明：如户口簿、结婚证、亲属关系公证书等；
- 3、身故、豁免保费、重大病理赔：需提供受益人户籍证明（原件）、身份证明（原件）、关系证明（原件）；
- 4、死亡证明书：指医院出具的医学死亡证明或公安部门出具的死亡证明；
- 5、门急诊病历及相关检查报告：包括完整且真实的门急诊病历记录；姓名、日期等内容完整无误的门急诊医疗费用正式收据；门急诊检查检验报告单；发票所对应之处方或费用明细单。