



# 团险门诊医疗理赔申请书

案件号：

出险人信息			
保单号码		投保单位	
出险人姓名		性 别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
国 籍		职 业	
证件类型		证件号码	
证件有效期至		联系电话	
联系地址			
医疗资料信息			
收据数量（张）		合计金额（元）	备注
账户信息			
转账 授权	户名：		
	开户银行：	银行	省/直辖市 市 支行
	银行账号		
反保险欺诈提示			
<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><b>【刑事责任】</b>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><b>【行政责任】</b>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><b>【民事责任】</b>故意或因重大过失未履行如实告知义务，保险公司可能不承担赔偿或给付保险金的责任。</p>			
声明与授权			
<p>1、本人声明所提交的全部证明文件材料均属实，本申请书上填写内容真实详尽，且已阅读并知晓反保险欺诈提示。</p> <p>2、本人授权前海人寿保险股份有限公司及其授权的机构和个人向医疗机构、公安部门、保险公司、有关组织机构及个人索取、查询、调阅、摘抄、复印/制所有理赔相关材料；授权前海人寿保险股份有限公司向为提供产品质量和服务目的展开必要合作的第三方，进行信息提供、查询和收集投保人及被保险人的资料信息、保险服务信息和索取有关证明。本人所提供的以及授权前海人寿所查询、收集的全部信息，仅限前海人寿及为提升产品质量和服务目的展开必要合作的第三方用于处理与本保单相关的客户服务、保单理赔以及数据分析处理。为确保信息安全，前海人寿保险股份有限公司与以上第三方应采取有效措施，并承担保密义务。本授权书之影印件、传真件、扫描件和原件具有同等效力，本人愿承担由此产生的一切法律后果。</p> <p>3、本人同意贵公司将有有关被保险人的资料用于保险、再保险、外包业务处理及统计事宜。</p> <p>4、本人授权前海人寿保险股份有限公司与银行将合同约定的理赔款划入上述授权账户，本人清楚明白理赔款项一经通过银行成功划账到授权账号，将视为已收到该笔理赔款项。因本人或受托人过错导致银行转账不成功、未及时或未全额收取理赔款项的，贵公司不承担责任。</p>			
投保单位签章：	申请人/监护人签名：	日期：	
保险服务人员签收：		日期：	