

## 《个人医疗保险理赔申请书》填写说明

一、《个人医疗保险理赔申请书》仅适用于客户申请个人医疗保险（含医疗费用型和津贴型医疗保险）理赔。

二、客户应使用黑色签字笔完整、规范填写《个人医疗保险理赔申请书》。

三、每张申请书对应一次保险事故，可填写一个或多个保险合同号。

四、申请人资格：医疗费用和津贴保险金的申请人是被保险人，如果被保险人为未成年人或无民事行为能力人，则由其合法监护人代为申请，并提供监护关系证明，如出生证、户口簿、独生子女证等。

五、《个人医疗保险理赔申请书》各栏内容填写注意事项具体如下：

### 1、出险人及申请人信息

出险人及申请人信息（如申请人与出险人为同一人，申请人信息可不填）																				
出险人姓名： <b>张三</b>	性别： <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	国籍： <b>中国</b>	职业： <b>无业</b>	联系电话： <b>13666666666</b>																
证件类型： <b>身份证</b>	证件有效期至： <b>2024.9.15</b>	证件号码	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8
联系地址： <b>深圳市罗湖区宝安北路安庆大厦 21 楼 001 室</b>			邮编： <b>518020</b>	Email： <b>12345678@qq.com</b>																
申请人类型： <input type="checkbox"/> 被保险人 <input checked="" type="checkbox"/> 监护人		申请人是投保人的： <input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他																		
申请人姓名： <b>李四</b>	性别： <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	国籍： <b>中国</b>	职业： <b>文员</b>	联系电话： <b>13899999999</b>																
证件类型： <b>身份证</b>	证件有效期至： <b>2022.9.13</b>	证件号码	4	4	0	4	2	0	1	9	8	5	0	2	2	5	4	7	8	0
联系地址： <b>深圳市罗湖区宝安北路安庆大厦 21 楼 001 室</b>			邮编： <b>518020</b>	Email： <b>12345600@qq.com</b>																

(1) 各项内容需逐项正确、完整填写。

(2) 出险人如为未成年人，但尚未领取身份证，证件类型可填写户口簿，证件号码请填写户口簿上的身份证号码；若婴幼儿（一周岁内）尚未申办户口的可填写出生证，证件号码请填写出生证件编号。

(3) 出险人如为未成年人或无民事行为能力人，申请人栏可填写监护人信息。

(4) 申请人类型为“被保险人”时，申请人信息可不填写。

### 2、出险信息

保险合同号： <b>XXXXXXXXXXXXXXXXXX</b>	申请类型： <input checked="" type="checkbox"/> 医疗费用（收据 <b>2</b> 张/金额共 <b>5000</b> 元） <input type="checkbox"/> 津贴		
时间： <b>2020</b> 年 <b>8</b> 月 <b>21</b> 日 <b>10</b> 时	地点： <b>深圳市 XX 医院</b>	出险原因： <input checked="" type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 意外	
出险经过	请简述出险经过（包括就诊原因、就诊医院及疾病诊断）： <b>2020年8月21日张三因XX病在深圳市XX医院住院治疗。</b>		

(1) 申请类型为“医疗费用”时，需填写收据张数和收据总金额。申请类型为“津贴”，可不填写收据信息。

(2) 如因疾病诊治，出险地点可填写就诊医院；如发生意外事故，出险地点填写事故发

生地址。

(3) 医疗费用收据(发票)原件应为就诊医院签发的、由政府财政税务部门监制(有财税监制章和医院收费章)的医药费用原始收据(发票)。已在其他机构获得医疗费用给付,且医疗费用收据(发票)原件被其他机构收取的,需提供其他机构的给付证明及医疗费用分割单原件、医疗费用收据(发票)复印件。

### 3、账户/授权信息

转账	户名: <b>李四</b>	开户银行: <b>中国工商</b> 银行 <b>广东</b> 省/直辖市 <b>深圳</b> 市 <b>罗湖</b> 支行
授权	银行账号	<b>3 6 0 2 0 1 0 3 2 0 4 3 9 1 6 5 2 7 8</b>
委托 授权 (仅委托 代办时 需填写)	受托人姓名	<b>王五</b> 证件类型: <b>身份证</b> 证件号码: <b>440420198502254000</b>
	联系地址	<b>深圳市罗湖区宝安北路安庆大厦 21 楼 001 室</b> 邮编: <b>518020</b> 联系电话: <b>13999999999</b>
	与委托人关系	<input checked="" type="checkbox"/> 代理人(代码: <b>XXXX</b> ) <input type="checkbox"/> 同事 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 律师(执业证号: ) <input type="checkbox"/> 亲属 <input type="checkbox"/> 其他: _____
	委托事项	本人现委托上述受托人就 <b>XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX</b> 号保险合同的理赔事宜作为我的代理人,并同意其代理权限为: <input checked="" type="checkbox"/> 办理理赔申请 <input type="checkbox"/> 受领退回的申请材料 <input type="checkbox"/> 受领理赔决定通知书 <input type="checkbox"/> 签订理赔协议 <input type="checkbox"/> 其他: _____
	授权期间	自 <b>2021</b> 年 <b>1</b> 月 <b>15</b> 日至 <b>2021</b> 年 <b>1</b> 月 <b>30</b> 日

(1) 转账账号必须是申请人的实名活期储蓄账户。为避免理赔款转账失败,需提供一类账户。

(2) 受益人为未成年人或无民事行为能力人,提交申请人账户。

(3) 开户银行全称须填写完整,如开户行为分行,将\*\*分行填写在支行空格处。

(4) 若授权委托他人办理理赔有关事宜,须同步填写委托授权处信息。

### 4、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>
申请人/委托人签名: <b>李四</b> 受托人签名: <b>王五</b> 日期: <b>2021 年 1 月 20 日</b>

(1) 客户在对应的签名栏上进行签名,签名风格应与留存于公司的签名样本保持一致。

(2) 若有授权委托情况,受托人应在受托人签名处进行签名。

六、申请书填写中如有涂改,需请申请人于涂改处签名备注或重新填写申请书。