

个人医疗保险理赔申请书

案件号:

<b>出险人及申请人信息</b> (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>											
<b>出险信息</b>																				
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														
出险经过	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													
	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>																			
<b>账户/授权信息</b>																				
转账授权	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																	
	银行账号	3	6	0	2	0	1	0	3	2	0	4	3	9	1	6	5	2	7	8
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>XXXXXXXXXXXXXXXXXX</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																			
<b>反保险欺诈提示</b>																				
诚信是保险合同基本原则, 涉嫌保险欺诈将承担以下责任: 【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。 【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。 【民事责任】故意或因重大过失未履行如实告知义务, 保险公司可能不承担赔偿或给付保险金的责任。																				
<b>声明与授权</b>																				
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。 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。 3、本人同意贵公司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。 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到账到授权账号, 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。																				
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>														

# 理赔申请须知

尊敬的客户：

为使您方便、快捷地完成申请，在填写《个人医疗保险理赔申请书》前，请仔细阅读以下内容：

## 一、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。

## 二、申请所需材料

以下材料为您办理个人医疗保险理赔申请时所需的基本材料，但由于保险事故的具体情况不同，本公司可能还会需要您提供一些与本次理赔相关的其他材料，如果需要，我公司理赔人员会及时与您取得联系。

申请类型	索赔资料名称	申请类型	索赔资料名称
医疗费用	1、理赔申请书	津贴	1、理赔申请书
	2、被保险人身份证明		2、被保险人身份证明
	3、监护人身份证明及监护关系证明（如被保险人未成年或无民事行为能力）		3、监护人身份证明及监护关系证明（如被保险人未成年或无民事行为能力）
	4、受托人身份证明（如有委托代办）		4、受托人身份证明（如有委托代办）
	5、银行账户复印件		5、银行账户复印件
	6、门诊/急诊病历、出院小结（如有住院）、检查检验报告		6、出院小结、检查检验报告
	7、医疗费用收据（发票）原件、费用明细清单		7、医疗费用收据（发票）复印件
	8、意外事故证明（有公安机关等第三方介入的意外事故，需提供意外事故证明）		8、意外事故证明（有公安机关等第三方介入的意外事故，需提供意外事故证明）
	9、个人客户税收居民身份声明书（B版）		9、个人客户税收居民身份声明书（B版）

## 三、特别说明

- （1）《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）时填写使用。
- （2）理赔申请书必须由享有保险金申请权的受益人亲笔签名确认，如果被保险人为未成年人或无民事行为能力人时，则由其合法监护人代为申请，并亲笔签名确认。
- （3）为保证申请人权益，理赔款将通过银行转账的方式予以支付，需提供银行结算账户存折/卡复印件（包含银行存折账号、账户所有人姓名的存折首页，银行卡号、签署户名的银行卡复印件），账户所有人必须为申请人。为避免理赔款转账失败，请提供一类账户。
- （4）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。

## 四、理赔咨询

若您对理赔方面有什么疑问或对理赔服务有什么建议，请拨打全国统一客户服务电话 956099/4008896333。