



<b>保单信息</b>	合同号码:		营销员姓名/编号/电话:	
<b>出险人信息</b>	姓名:	性别:	年龄:	联系方式:
	证件类型:	证件号码:		证件有效期至
	职业:	工作单位/地址:		
<b>申请人信息</b>	与出险人关系: <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: _____			
	姓名:	性别:	年龄:	联系方式:
	证件类型:	证件号码:		证件有效期至
	邮寄地址/邮编:			
<b>税收居民身份声明</b>	领款人是否 <input type="checkbox"/> 1. 中国税收居民 <input type="checkbox"/> 2. 非居民 <input type="checkbox"/> 3. 既是中国税收居民又是其他税收管辖区居民 (如勾选 2 或 3, 请填写《税收居民身份信息及声明》)			
<b>索赔信息</b>	<b>索赔类别</b>	<input type="checkbox"/> 住院医疗 <input type="checkbox"/> 意外门急诊 <input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 豁免保费 <input type="checkbox"/> 原位癌利益 <input type="checkbox"/> 妊娠期/新生儿利益 <input type="checkbox"/> 女性特定手术 <input type="checkbox"/> 意外整形手术 <input type="checkbox"/> 额外疾病利益 <input type="checkbox"/> 暂时人身保险利益 <input type="checkbox"/> 重疾住院医疗 <input type="checkbox"/> 轻症重疾 <input type="checkbox"/> 生命末期 <input type="checkbox"/> 残疾 <input type="checkbox"/> 其他		
		<b>您是否参加职工保障互助会、社保、农合、单位报销或其他保险?</b> (本公司在扣除被保险人通过其他途径所获得报销的金额后, 将按照合同约定的比例给付) <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是: 已报销的医疗费金额_____ 剩余的自付金额 _____	<b>您是否在其他保险公司投保并获得类似保障?</b> <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是: 保险公司名称 _____ 保险合同号码 _____ 签发日期 _____ 保险金额 _____	
	此次索赔发票 _____ 张, 费用合计 _____		是否需要其他途径报销? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	
	<b>出险概况</b>			
疾病发生过程/意外事故发生时间、地点与经过:				
首诊医院:		科室/主诊医生姓名:	住院期间:	
您以往曾否患有相似或有相关之疾病而接受治疗:				
<b>反保险欺诈提示</b>				
<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:</b> <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。 <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。 <b>【民事责任】</b> 故意或因重大过失未履行如实告知义务, 保险公司不承担赔偿或给付保险金的责任。				
本人同时授权 任何内外科医生、医院、诊所、银行、保险公司和其他持有本人健康状况、财务状况记录的组织、机构或人士可提供有关本人的健康、财务状况等个人资料予贵公司; 本人在理赔申请时提供的资料 (包括今后所作的任何修订或补充) 和前述健康、财务信息可供贵公司 (包括关联公司和附属公司) 及贵公司的再保险公司、因业务需要而委托的服务供应商, 用以提供相关服务或推荐相关产品。若本公司因业务需要而委托服务供应商提供相关服务或推荐产品的, 本公司将要求服务供应商对您的个人信息提供符合中国法律法规规定的保护。此申请书的副本与正本具有同等法律效力。				
被保险人签署:		申请人签署 (若为被保险人免签):		
见证人正楷签署:	(已核实被保险人有效身份证件正反面)		申请日:	

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. 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；当治疗结束或事故处理完毕后，请您填写好理赔申请书并签名，与理赔申请所需资料一并提交。
2. 理赔过程中，如有疑问，请拨打咨询电话4008188888 / 8008203998，或联系您的服务营销员，我们将为您提供详细解答。
3. 请提供与确认保险事故性质、原因、伤害程度有关的其他证明文件原件和以下材料：

申请理赔类型	应备文件	
住院医疗	1、3、4、5、14	1. 理赔申请书 2. 保险合同原件/暂（临）时人身保险合同 3. 被保险人身份证明（见注1） 4. 门/急诊病历/手册（含首诊病历），诊断证明/出院小结原件 5. 住院费用原始发票及费用清单 6. 门诊原始发票及费用清单或处方 7. 病理及其他各项检查报告 8. 意外事故证明（若是交通事故须提供交通管理部门出具的交通事故责任认定书；若是工伤事故须提供相关单位的工伤证明等） 9. 残疾程度鉴定书原件 10. 完全丧失劳动能力鉴定书 11. 居民医学死亡证明复印件（正反面，有警署公章）、户籍注销证明（户口簿原件）、火化证/丧葬证原件 12. 主诊医生报告原件 13. 用以确定申请人身份的相关证明（见注2） 14. 出险人/受益人（监护人）的银行自动转账授权书及银行帐号复印件 ★ 境外出险的相关理赔资料需当地公证部门公证，同时需经中国驻当地领馆确认
意外门急诊	1、3、4、6、8、14	
残疾	1、2、3、8、9、14	
意外身故	1、2、3、8、11、13、14	
非意外身故	1、2、3、11、13、14	
重大疾病	1、3、4、7、14	
豁免保费	1、3、4、9/10/11/13、12、14	
原位癌	1、3、4、7、14	
妊娠期/新生儿疾病	1、3、4、7、14	
女性特定手术	1、3、4、7、14	
意外整形手术	1、3、4、7、14	
暂时人身保险	1、2、3、8、11、13、14	
额外疾病利益	1、3、4、7、14	
重疾住院医疗	1、3、4、5、7、14	
轻症重疾	1、3、4、7、14	
生命末期	1、2、3、4、12、14	

注 1：根据反洗钱相关法律法规的要求，如被保险人在本公司未留存有效身份证件正反面的复印件，则本次申请须递交。被保险人满 18 周岁以上，需提供被保险人本人身份证复印件；被保险人不足 18 周岁，需提供被保险人本人身份证复印件以及投保人身份证复印件，如被保险人尚未领取身份证，可提供户口簿复印件。

注 2：当申请人为被保险人、指定受益人本人时，须提供申请人本人身份证明；当申请人为被保险人的继承人时，需提供该申请人具有合法继承权的相关证明（即第一顺序继承人名单公证书）；当申请人为无民事行为能力或限制民事行为能力人时，需提供该申请人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的证明；当申请人委托代理人代为办理时，应提供合法的委托代理手续；当监护人代理被监护人办理时，监护人需提供具有合法监护权的证明，由监护人在申请人处签字，并注明与申请人关系；当申请人为其他人时，我公司将按照法律法规的规定根据实际情况要求申请人提供相应的文件。