

# 理赔申请书

为维护您的正当权益，请在填写前详阅申请书背面的《填写指南》

## 申请人信息 (请用黑色墨水笔填写申请书)

申请人身份： <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 被保险人父母 <input type="checkbox"/> 被保险人配偶 <input type="checkbox"/> 被保险人子女 <input type="checkbox"/> 其他 _____		保单号：
申请人姓名：	证件类型： <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他：_____	证件有效期至：_____年 月 日/ <input type="checkbox"/> 长期
国籍：	证件号码：	
投保单位名称（团险客户填写）：		职业：
联系地址：_____（省/直辖市）_____（市）_____（区/县）		邮编：
固定电话：（_____）-_____	移动电话：_____	（固定电话和移动电话可任选其一）
Email：_____@_____		

## 出险人信息 (若出险人即申请人，出险人信息无须填写)

出险人姓名：	证件类型： <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他：_____	证件有效期至：_____年 月 日/ <input type="checkbox"/> 长期
国籍：	证件号码：	
单位名称（团险客户填写）：		职业：

## 事故信息 (若为多次就诊，请填写申请书背面的医疗发票登记表)

申请原因： <input type="checkbox"/> 疾病就诊 <input type="checkbox"/> 意外就诊 <input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 伤残 <input type="checkbox"/> 豁免	事故日期：_____年 月 日	事故地点：
事故描述： <small>（如需退还发票，请在备注栏内说明）</small>	收据总张数：	收据总金额：
	备注：	
事故是否经公安、交警、劳动、卫生部门或其他部门处理： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是（请提供相关资料）		
事故者是否在其他保险公司投保人身保险： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 保险公司名称：_____		

## 领款信息 (请提供受益人本人的银行帐号作为领款账号)

开户省市：_____（省/直辖市）_____（市）	开户银行：
户名：	账号：

### 反保险欺诈提示

诚信是保险合同的基本原则，涉及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；保险公司不承担赔偿或给付保险金的责任。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责任。

### 申请人声明与授权

- 本人已阅读并知晓《反保险欺诈提示》，并承诺理赔申请书上所填内容及提供的理赔资料，均完全属实，如虚假或隐瞒，本人愿承担相应责任；
- 本人授权瑞华健康保险股份有限公司从任何医疗机构、体检机构、保险公司、行政司法机关或上述未提及之单位和个人检索、调阅、摘抄、复印或以其他方式获取或了解有关被保险人或投保人与理赔申请相关的资料，并愿意承担由此授权所产生的法律责任。本授权申明之影印件亦属有效；
- 本人同意瑞华健康保险股份有限公司将有关被保险人的资料用于与本合同有关的保险、再保险、数据处理及统计事宜；
- 本人清楚明白贵公司的赔付款项一经通过银行成功转账在本理赔申请表所指定的账户，将视为本人已收到该笔赔款款项。

本人已阅读并确认本理赔申请书中所有声明及授权事项。

申请人签名：\_\_\_\_\_ 申请日期：\_\_\_\_\_年 月 日

## 填写指南

尊敬的客户，您好：

为确保您的正当权益，在填写《理赔申请书》前请您仔细阅读以下内容：

1. 请索赔申请人使用黑色水笔或钢笔亲笔填写、签署申请书，并注意不得涂改；
2. 索赔申请人资格如下：  
申请生存保险金（医疗保险金、残疾保险金、重疾保险金等），由被保险人本人申请；  
申请身故保险金，由身故受益人申请；  
申请保费豁免，由投保人或被保险人申请；  
\*上述申请人未成年或不具备完全民事行为能力时，由申请人的监护人代为申请。
3. 如索赔申请人委托他人办理，请额外提交由申请人本人签署的《理赔授权委托书》及受托人有效身份证明；
4. 如索赔申请人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人时，需提供监护人有效身份证明及合法监护证明，并由监护人在申请人处签字；
5. 如索赔申请人为受益人的继承人，除提供申请人身份证明外，须额外提供合法继承权证明文件；
6. 申请身故保险金时，如受益人为法定或被保险人继承人的，受益人需填写《身故保险金领取声明书》。
7. 如身故受益人为多人，每位受益人（继承人）均需作为申请人填写《理赔申请书》，多个受益人可共同申请保险金，也可委托一人办理理赔申请，多人委托一人办理时，每个委托人均需填写《理赔授权委托书》；
8. 请按照《理赔申请应备资料表》提供相应资料。理赔审核时可能会根据个案情况额外补充材料，请协助提交与确认保险事故性质、伤害程度等相关的其他证明材料。

附表 1：《理赔申请应备资料表》

申请项目	应备资料	说明
重大疾病	1、2、（4）、6、11	1. 理赔申请书 2. 被保险人（出险人）身份证明 3. 受益人身份证明、与被保人关系证明、继承人的合法继承证明 4. 门（急）诊病历、出院小结 5. 医疗费用收据原件、费用清单（处方）原件 6. 诊断证明：重大疾病病理报告、检查报告 7. 手术证明 8. 意外事故证明：道路交通事故认定书、公安机关出具的证明等（驾驶机动车需提供驾驶证、行驶证） 9. 身故证明材料：死亡证明书、户口注销证明、丧葬火化证明 10. 残疾鉴定书：法医学鉴定书或医院鉴定诊断书 11. 受益人银行卡（存折首页） 12. 身故保险金领取声明书（受益人为法定或未指定时使用）
疾病医疗	1、2、4、5、（6）、（7）、11	
意外医疗	1、2、4、5、（6）、8、11	
疾病身故	1、3、4、9、11、12	
意外身故	1、3、4、8、9、11、12	
疾病残疾（失能）	1、2、4、6、10、11	
意外残疾（失能）	1、2、4、6、8、10、11	
长期护理	1、2、（4）、6、11	

应备资料中带“（）”的数字表示，如有该项材料，则需提供。

附表 2：医疗发票（收据）登记表（如需退还发票，请在备注栏内说明）

费用分类	就诊时间	就诊医院	收据数量	收据总金额	备注

费用分类填写参考：1-住院治疗、2-门诊治疗、3-其他费用

受理人签名：

受理日期： 年 月 日

公司地址：中国上海市黄浦区保屯路 379 号  
客户服务热线：4006096868