

理赔申请书-个人意外健康险（2017版）

（填写前请您阅读本申请书黑体字及背面权益提示）

被保险人		性 别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	保险合同号码															
出生日期		职 业		证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 军人证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 其它				国籍：										
联系电话		事故日期		证件号码															
就诊医院		首诊日期		意外地点															
申请理赔项目： <input type="checkbox"/> 医疗 <input type="checkbox"/> 住院津贴 <input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 残疾 <input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 其他																			
是否住院	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	申请金额		此次申请为	<input type="checkbox"/> 首次 <input type="checkbox"/> 再次														
事故原因/经过描述：																			
是否已向本社报案			<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		报案时间：														
是否在其他保险公司购买保险			<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		承保公司：					已赔付金额：									
领款方式	借记卡开户银行：_____ 银行_____（银行网点名称）																		
	<input type="checkbox"/> 银行转帐	户 名：_____（被保险人或法定监护人或受益人）										<input type="checkbox"/> 存折 <input type="checkbox"/> 银行卡							
	帐 号：_____																		
<p>会员权益提醒：依据本社章程、会员管理办法，您的理赔申请可能导致会员资格发生变化，您提交理赔申请书后，我们视为您已经充分了解并同意上述变化。您可以登录本社官网 www.pubmi.org 或拨打会员服务专线 400-919-0505 查询会员资格的获得和终止条件等内容。</p> <p>反保险欺诈提示：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>1、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。</p> <p>2、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、5 千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>3、民事责任：故意或因重大过失未履行如实告知义务，<u>保险人不承担赔偿或给付保险金的责任。</u></p> <p>声明及授权：</p> <p>1、本人声明：所提交的全部证明文件资料均属实、本申请书上填写的内容详尽确实，并无重大遗漏；否则，本人愿承担相应法律责任。本人已阅读并知悉上述‘反保险欺诈提示’。</p> <p>2、本人授权：众惠财产相互保险社及其代表向任何医疗机构、公安机关、保险公司、工作单位或其他组织机构及个人查询、调阅、摘抄、复印/制或取得任何有关事故人的所有健康、身份、职业、财务及其他相关资料，本人愿承担由此产生的一切法律后果。</p> <p>3、本人授权：众惠财产相互保险社将理赔款划入上述授权帐户；款项到账后，即视为本人已领取相应款项。</p> <p>申请人身份：<input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 监护人 <input type="checkbox"/> 身故受益人 是否委托办理：<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是（如为委托他人办理请填写委托授权声明）</p> <p>理赔委托授权声明：现申请人_____委托_____先生/女士（证件类型：_____ 证件号码：_____）</p> <p>联系电话：_____）前往贵社办理有关理赔申请事宜。 委托人签名：_____ 受托代办人签名：_____</p> <p>申请人签名：_____ 申请人证件号码：_____</p> <p>联系地址及邮编：_____ 联系电话：_____ 申请日期：_____</p> <p>业务人员姓名：_____ 业务人员代码：_____ 联系电话：_____</p>																			

说明：1、请逐项如实填写并由申请人（被保险人、法定监护人、受益人）本人亲笔签名确认；2、请用黑色钢笔或签字笔填写。

理赔材料明细：（本栏由本社人员填写）

项目	原件	数量	复印件	数量	项目	原件	数量	复印件	数量
1. 保险合同	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	11. 门诊费用收据	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()
2. 被保险人身份证件	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	12. 住院费用收据	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()
3. 受益人身份证件	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	13. 住院费用明细清单	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()
4. 监护人身份证件	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	14. 伤残鉴定报告	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()
5. 与被保险人关系证明	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	15. 意外事故证明	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()
6. 医疗诊断证明书	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	16. 居民死亡医学证明书	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()
7. 门(急)诊病历	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	17. 丧葬(火化)证明	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()
8. 住院病历/出院小结	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	18. 户籍注销证明	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()
9. 检查、检验报告	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	19. 银行个人结算帐户复印件			<input type="checkbox"/>	()
10. 药品清单或门诊处方	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	20. 其他材料 _____	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()

签收人：_____ 签收日期：_____ 年 月 日 递交人：_____ 递交日期：_____ 年 月 日

提醒：以上材料明细的勾选栏目仅作为收取资料凭证，不作为理赔申请所需资料指南，请您参照背面理赔申请资料一览表提供完整的相关资料。

理赔申请资料提示

说明：为缩短理赔审核时间，请认真阅读保险条款中的理赔服务条款，并参照理赔申请资料一览表提供资料，并可在一览表内注明已交资料的数量。此仅为理赔申请基本资料要求，根据《中华人民共和国保险法》及保险合同，本社有权根据理赔具体情况，要求理赔申请人进一步提供补充证明材料或者要求出险人体检。

申请理赔所需资料一览表：

申请事项 需提供的资料	意外 医疗	住院 医疗	住院 津贴	重症 监护津贴	手术 津贴	重大 疾病	意外 残疾	意外 身故
理赔申请书	√	√	√	√	√	√	√	√
保险合同正本	√	√	√	√	√	√	√	√
最后一次交费凭证	√	√	√	√	√	√	√	√
出险人身份证明 注1	√	√	√	√	√	√	√	√
受益人身份证明及与被保险人 关系证明 注2								√
疾病/残疾诊断证明书 注3	√	√	√			√	√	
相关的检查检验报告 注4	√	√	√	√	√	√	√	
重症监护室的证明 注5				√				
病理组织检验报告						√		
医疗费用收据	√	√	√	√	√	√		
医疗费用清单 注6	√	√						
病历 注7	√	√	√	√	√	√	√	
出院小结	√	√	√	√	√	√	√	
意外事故证明 注8	√				√		√	√
死亡证明 注9								√
火化（丧葬）证明								√
委托授权材料 注10	√	√	√	√	√	√	√	√
银行卡复印件	√	√	√	√	√	√	√	√

注1. 出险人身故的，身份证明指户籍注销证明；身份证件复印件或影印件必须包含个人信息部分和证件的有效期限（二代身份证提供正反面复印件）。

注2. 受益人与投保人及被保险人的关系证明：如户口簿、结婚证、亲属关系公证书等；若受益人未满十八周岁时，可由其法定监护人代为申请保险金，申请时请提供监护关系证明、监护人的身份证件等资料。

注3. 因伤残申请意外残疾、烧烫伤保险金时，注意详填目前伤残程度，需鉴定才能确定伤残程度的，请先行鉴定，并提供相关的残疾鉴定证明。

注4. 相关的检查报告，如：CT、核磁共振、B超、X光、心电图、实验室检验报告、病理组织检查报告等。

注5. 重症监护病房收费证明、病情记录。

注6. 门诊就诊时需提供的门诊资料，包括完整且真实的门急诊病历记录；姓名、日期等内容完整无误的门急诊医疗费用正式收据；门急诊检查检验报告单；发票所对应之处方或费用明细单。住院就诊时需提供的住院医疗费用清单。

注7. 门诊就诊时需提供的完整且真实的门急诊病历、日期及诊疗过程等内容完整无误；住院就诊时需提供的完整住院大病历，包含病历首页、手术记录等内容。

注8. 公安：公安证明，笔录，报案回执，法医检验报告等；

交通事故：道路交通事故责任认定书，调解书，驾驶证和行驶证（被保险人为驾驶员时）；

工伤事故：工伤事故调查报告，单位事故报告；

其他：剪报，照片，民事调解和判决书，调解和赔偿协议，鉴定报告，及事故处理报告。

注9. 死亡证明：指医院出具的医学死亡证明或公安部门出具的死亡证明；如出险人系宣告死亡，则需提供法院出具的宣告死亡判决书。

注10. 在委托他人代为办理的情况下需提供委托授权材料，包括授权人亲笔签字的授权委托书及受托人的身份证明。

具体索赔材料请根据不同的险种要求提供，如有疑问请致电全国统一客服热线400-919-0505。除上表中特别说明情况外，所有申请材料均需要提供原件；若实际提供为复印件，本社保留继续要求提供原件的权利。