

## 理赔申请表 (含质重特药)

### 索赔提示:

- \* 当保险金作为遗产时,如涉及多个受益人,请使用另一张《理赔申请表》补充受益人信息。
- \* 请参照索赔资料对照表,准备好索赔资料,邮寄到:上海市浦东新区峨山路91弄130号陆家嘴软件园12号楼3层 招商信诺健康险理赔中心收。
- \* 为方便我公司寄回索赔资料及理赔结果通知书,通讯地址请填写工作单位或常住地址。

### 基本信息

被保险人	保单编号: / /				
	姓名:	联系电话:	国籍:	性别:	职业:
	通讯地址:				Email:
	□身份证 □其它: 证件号:		有效期: / / 至 / /		
申请人	申请人与被保险人关系: □本人 □配偶 □父母 □子女 □其他: <span style="float: right;">如申请人与被保险人为同一人,则下方无需填写</span>				
	姓名:	联系电话:	国籍:	性别:	职业:
	通讯地址:				Email:
	□身份证 □其它: 证件号:		有效期: / / 至 / /		

### 索赔信息

<b>索赔类型:</b> <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 住院前后门(急)诊 <input type="checkbox"/> 特殊门诊 <input type="checkbox"/> 质子重离子 <input type="checkbox"/> 特定药品(需持有特定药品费用医疗险)				
<b>领款账户</b> (如被保险人未满 18 周岁, 请提供监护人的领款账户; 为保证款项及时到账, 请务必完整填写开户银行信息)				
账户所有人(领款人):	账号:	开户银行:	银行	分行 支行
<b>出险概况</b> (如意外, 请简述事故原因及经过; 如疾病, 请简述疾病名称、首次确诊日期、诊疗经过及出院日期; 如身故, 请填写身故时间及原因)				
原因: <input type="checkbox"/> 意外 <input type="checkbox"/> 疾病 时间: _____ 地点: _____ 省 _____ 市 _____ 区/县 _____ (场所) 就诊医院: _____				
经过: _____				
如属于交通事故请选择交通工具: <input type="checkbox"/> 汽车 <input type="checkbox"/> 摩托车 <input type="checkbox"/> 其它: _____ 被保险人在事故中属于: <input type="checkbox"/> 行人 <input type="checkbox"/> 驾驶员 <input type="checkbox"/> 乘客				
调查及处理该事故的机构名称: _____ 被保险人是否在其他公司投保: <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 承保公司: _____				
被保险人是否已在第三方获赔: <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 获赔金额: _____ 第三方: <input type="checkbox"/> 基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 商业保险 <input type="checkbox"/> 其它: _____				

### 反保险欺诈提示

最大诚信是保险合同基本原则, 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, 将会受到最高十年以上有期徒刑, 并处罚金或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(详见《刑法》第 198 条)。【行政责任】进行保险诈骗活动, 尚不构成犯罪的, 将会受到 15 日以下的拘留、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, 也会受到相应行政处罚(详见全国人大常委会《关于惩治破坏金融秩序犯罪的决定》第 16、21 条)。

**【民事责任】** 故意或因重大过失未履行如实告知义务, 或者投保人、被保险人故意制造保险事故的, 保险公司不承担赔偿或给付保险金的责任; 以伪造、变造的有关证明、资料或者其他证据, 编造虚假的事故原因或者夸大损失程度的, 保险公司对其虚报的部分不承担赔偿或给付保险金的责任。(详见《保险法》第 16、27 条)。

### 声明及授权

- 本人的陈述与事实确实无误, 且已阅读并知晓《反保险欺诈提示》, 若本人参与或实施保险欺诈行为, 招商信诺有权将相关索赔信息纳入保险行业共享范围。
- 本人同意并授权招商信诺为履行保险合同、提供理赔服务, 以及为履行法定义务, 将处理本人的个人信息。具体授权如下:
  - 本人知晓并同意, 本人提供的个人信息包括姓名、性别、国籍、职业、住所地或者工作单位地址、联系方式、身份证件或者身份证明文件的种类、号码和有效期限、生物识别信息、健康生理信息等信息。
  - 本人同意并授权, 招商信诺及招商信诺授权的机构和个人向社会医疗保险或新型农村合作医疗保险机构、公安机关、司法鉴定机构、医疗机构、保险公司及再保险公司、其他金融机构等有关机构以及一切熟悉被保险人健康、生活、经济状况、相关事故的人士检索、调阅、摘抄、复印或以其他方式获取, 任何本人或被保险人与理赔申请相关的资料。本人愿意承担由此产生的一切法律责任, 本授权声明之影印件亦有效。
  - 招商信诺有权使用或向为招商信诺提供服务所必须的合作商提供本人的上述个人信息, 用于履行保险合同、提供理赔服务。
  - 为履行法定义务, 招商信诺可将本人信息提供给司法机关、中国人民银行、中国银保监会及其派出机构等监管机构或其指定的第三方、保险行业协会、同业公会等相关机构组织。
  - 本人本次提交的姓名、性别、出生日期、证件号码、证件类型、证件有效期、国籍、职业相关信息、税收身份相关信息若与招商信诺原留存信息不一致, 招商信诺可同步更新上述信息, 并同意招商信诺作上述授权使用。就本人所提供的其他主体个人信息, 本人确认已取得相关主体的授权。
  - 本人知晓并同意, 招商信诺会尽最大努力合理保护个人信息, 并要求合作机构承担相应的保密义务。
- 本人同意招商信诺的赔偿款项通过银行成功转账至本人领款账户则视为本人已收到该笔赔偿款项。
- 本人承诺提供的所有信息均真实有效。任何信息的更改将可能造成理赔款的支付延误、部分拒赔甚至全部拒赔。
- 本人知晓, 本次理赔申请费用不代表最终理赔金额, 最终理赔金额以招商信诺理赔结果为准。

被保险人/申请人签名:

签署日期: 年 月 日

(所有申请人均需签名, 如被保险人/申请人未满 18 周岁, 则由监护人签名)

附：索赔资料对照表

资料类型 \ 索赔类型	理赔申请表	被保险人身份证明	银行卡复印件	门、急诊病历	完整的住院病历〔注1〕	检查、检验报告〔注2〕	手术记录	住院或门诊收据	特定药品处方〔注3〕	其他资料〔注4〕
住院	√	√	√		√	√	√	√		√
住院前后门（急）诊	√	√	√	√	√	√		√		√
特殊门诊	√	√	√	√	√	√	√	√		√
质子重离子	√	√	√	√	√	√		√		√
特定药品	√	√	√	√	√			√	√	√

注1：完整的住院病历应包括：病案首页、入院记录（入院志、住院志）、出院小结（出院记录）、体温单、护理记录、长期及临时医嘱单等。

注2：是指确诊疾病必要的病理检验、血液检验、影像学检查及其他科学方法的检查、检验结果。

注3：处方用药应含有：药名、剂型、剂量、用法等信息

注4：是指受益人能够提供与本项保险金申领有关的诊疗资料及其它证明、报告和文件，包括但不限于以下资料：

①如属于交通事故，需提供《道路交通事故认定书》；如属于自驾车事故，需提供驾驶执照、机动车行驶证复印件；如属于公共运输交通工具的事故，需提供乘坐公共运输交通工具的证明等。②如有公安机关等第三方介入的情况下，需提供第三方出具的事故证明等。③若作为被保险人的遗产时，如未指定身故保险金受益人，需提供《法定继承人关系证明》或继承权公证书。④申请医疗费用保险金，需提供发票原件或第三方报销的分割单。