

医疗险理赔申请书

投保人：_____

保单号：_____

第一部分 客户申请资料

出险人姓名：_____ 证件类型：_____ 证件号码：_____

工作单位/职务：_____ 联系电话：_____

联系地址：_____

如申请人与出险人系同一人的，则无须填写本部分：

申请人姓名：_____ 证件类型：_____ 证件号码：_____

联系地址：_____

申请人身份：指定受益人 受益人监护人 法定受益人 受益人委托他人（填写授权委托书）

第二部分 理赔事项

理赔类型：住院费用 门诊费用 津贴 生育 健康检查 眼科 齿科 其他

（注：相应理赔申请资料请按诊治日期、诊治顺序依次装订在本申请书后，勿粘贴；若需要退发票，请注明并提供相应发票复印件。）

就诊日期	就诊医院	就诊原因	发票张数	发票总金额	补充说明
			合计 张	合计 元	

第三部分 银行转账信息（若为转账且同投保时所提供的账户信息，无须填写本部分）

本人同意授权委托复星联合健康保险股份有限公司将此次理赔申请的给付/理赔款项，划入以下指定账户：

开户行：_____ 银行 _____ 分行/支行 户名：_____ 银行卡号：_____

若户主非被保险人或受益人本人，请说明原因：_____

申请人声明与授权

1. 本人已仔细阅读《反保险欺诈提示》，上述各项填报和本人提供的一切资料，均完全属实，如虚假或隐瞒，本人愿承担相应责任。
2. 本人授权任何知情的单位和个人均可向复星联合健康保险股份有限公司（以下简称“贵公司”）提供与本理赔申请有关的一切资料。此授权书的正本正本与副本具有同样效力。
3. 本人同意贵公司向医疗及其他有关单位和个人调阅、摘抄、复印与本理赔申请相关的资料。
4. 本人同意贵公司将有有关被保险人的资料用于保险、再保险、数据处理及统计事宜。
5. 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帐户，将视为本人已收到该笔赔偿款项。

*申请人签名：_____

*签署日期：_____

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。

理赔申请材料清单

序号	资料名称	医疗	
		意外	疾病
1	理赔申请书	★	★
2	保险合同	★	★
3	有效身份证明	★	★
4	医疗费用收据原件及费用明细清单	★	★
5	门（急）诊病历、出院小结	★	★
6	病理、及其他检查、化验报告	★	★
7	伤残鉴定书		
8	意外事故证明	★	
9	死亡证明书		
10	户籍注销证明		
11	收款银行账户	★	★

备注：

①标记为★的是必须提供的资料。

②理赔申请书须由索赔申请人本人使用黑色水笔或钢笔亲笔填写、签署，不得涂改。

③受益人委托他人办理的，须提交由本人签署的《理赔委托授权书》及受托人有效身份证件；

④申请人为未成年人或无行为能力人时，需提供监护人身份证明及监护证明，委托代办时需提供授权书及代办人身份证明。