

## 意外健康险理赔申请书

索赔申请人应正确详细地填写此申请表, 请将完整的理赔申请书、和包括病历在内的其他所需文件(详见下页)交回。按照索赔性质及金额, 保险公司有权要求进一步资料。每份申请表仅限一位索赔申请人填写。

<b>索赔人姓名</b>		<b>身份类型</b>	<input type="checkbox"/> 主被保险人 <input type="checkbox"/> 连带被保险人 <input type="checkbox"/> 受益人/被保险人或受益人之监护人		
<b>联系方式</b>		<b>保单号码</b>			
<b>身份证号</b>		<b>伤者现状</b>	<input type="checkbox"/> 已痊愈 <input type="checkbox"/> 治疗中 <input type="checkbox"/> 其他		
<b>申请类型</b>	<input type="checkbox"/> 意外医疗 <input type="checkbox"/> 疾病医疗 <input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 意外残疾 <input type="checkbox"/> 疾病残疾 <input type="checkbox"/> 女性生育 <input type="checkbox"/> 意外身故 <input type="checkbox"/> 疾病身故 <input type="checkbox"/> 其他: _____				
是否从其它途径获得赔偿	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<b>赔付单位:</b>	<b>索赔项目:</b>	<b>获赔金额:</b>	

<b>事故日期、地点及详细经过 (申请意外伤亡赔偿须填写此部分)</b>	
<b>事故证明人姓名:</b>	<b>证明人联系电话:</b>
有无报警记录	<input type="checkbox"/> 有 (请提交警方处理结果) <input type="checkbox"/> 否

<b>住院索赔 (因疾病而入住医院, 须填写此部分)</b>	
疾病的名称及症状:	
首次就诊前该症状已存在多久:	首次接受治疗日期:

<b>银行帐户信息</b> (赔款将通过银行转帐支付, 请务必清楚填写)
户名: _____ 开户银行: _____ 帐号: _____
<small>注: 帐户所有人必须为申请人本人, 如申请人为 18 岁以下, 则帐户所有人必须为主被保险人, 若被保险人同意将赔款转至投保单位帐上, 请提供授权委托转款书。</small>

<b>反保险欺诈提示</b>
<p>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><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。</p> <p><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。</p> <p><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。</p>

<b>被保险人及索赔申请书授权及声明</b>
<p>本人声明以上陈述与回答全部属实及详尽。如有虚假不实或隐瞒情况, 利宝保险有限公司有权拒赔保险赔偿金并依法追究法律责任。本人同意授权利宝保险有限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。本授权书之复印件与原件同属有效。</p> <p>本人同意贵公司为本保险之目的收集本申请书所载的个人信息(包括姓名、性别、职业、出生日期、身份证件号码、住址、联系方式等), 并进一步同意在法律法规允许的范围内, 本申请书所载的个人信息可由贵公司及其关联公司、贵公司因服务必要而委托的第三方(不论在中国境内或境外)持有、转移及用于处理与本申请书有关事宜或提供相关服务。</p> <p>未经本人书面同意, 本授权及声明不可撤销或废止。本人的继承人或受益人仍应受本授权及声明约束。此授权书复印件与原件同属有效。</p>

申请人签字: \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

注意: 1、请您确保按照要求填写完成以上申请表内容后, 认真阅读被保险人及索赔申请人的“声明与授权”并由申请人签字, 申请方可生效。

2、申请人必须为索赔人本人, 且必须为主被保人或连带被保人或其受益人; 18 周岁以下(不含)申请人必须由主被保人签字。

通用索赔文件 (所有索赔均须提供)

- 1、理赔申请书
- 2、被保险人 (及其监护人, 如被保险人为未成年人) 的有效身份证件复印件 (正反面)
- 3、 被保险人与其监护人的关系证明复印件 (如适用)
- 4、 本公司要求的申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、伤害程度等相关的其他证明文件和资料 (例如交通事故, 需提供交通管理部门出具的交通事故责任认定书等)。

索赔项目 / 索赔文件 / 索赔金额

√	索赔项目	索赔文件	索赔金额 (元)
	医药费用	1. 门、急诊病历、医院检查报告单或医疗诊断书; 2. 住院病历、出院小结 3. 医药费用清单/处方; 4. 医药费用正式发票 (收据) <b>原件</b> ;	
	残疾保险金	1. 二级或二级以上医院或保险公司认可的医疗机构或司法鉴定机构出具的被保险人伤残或烧伤程度鉴定书。 2. 住院病历及门诊病历、医生诊断证明;	
	烧烫伤保险金		
	意外身故保险金	1. 医院、公安部门或保险公司认可的死亡证明或其它相关类似证明和火化证; 2. 警方事故报告 (若适用); 3. 法医尸体解剖报告 (若适用); 4. 被保险人户籍注销证明; 5. 身故保险金受益人的户籍证明或其他相关类似证明、身份证件 (如适用)	
	急性病身故保险金		
	公共交通意外双倍赔偿	1. 上述身故保险金或残疾/烧伤保险金所需索赔文件; 2. 公共交通部门或警方出具的交通意外证明;	
	重大疾病	提供 1、2、3、4	1. 门、急诊病历、医院检查报告单, 或医疗诊断书 (定额给付型保险只提供 1); 2. 住院病历、出院小结; 3. 医药费用清单/处方; 4. 住院医药费用发票 (收据)
	住院津贴	提供 2	
	住院陪护人员津贴	提供 2	
	骨折内固定术津贴	提供 1、2	

索赔金额合计:

温馨提示:

- 1、 上述理赔文件如非特别注明为原件, 递交索赔资料时, 保险公司视情况可接受复印件或影印件。
- 2、 若以上选项之单证不足以证明有关情况, 本公司将与您协商提供相关足以证明有关情况的替代性文件, 以便更好的维护您的权益。
- 3、 每次就诊的病历资料与对应的医疗收据放在一起, 订附在索赔申请单后, 勿粘贴。
- 4、 为保证保险金受领的安全性, 请提供银行帐户, 以便理赔金及时转入到您的帐户中。
- 5、 如授权他人代理理赔事宜, 请完善委托手续, 必要时还须对委托进行公证。