

和谐健康保险股份有限公司
HEXIE HEALTH INSURANCE CO., LTD.

为确保您的正当权益，在填写前敬请详阅《理赔申请须知》

理赔申请书（医疗、残疾、重疾责任）

保险合同号码：			
申请人姓名：	性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	国籍： <input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他_____	职业名称：
手机：		固话：区号 号码	EMAIL：
联系地址：	省/直辖市 市 区/县 街道/乡镇		邮编：
证件类型： <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他_____	证件		
有效期： 年 月 日至 年 月 日 / 长期	号码		
申请人身份： <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人的监护人			
(若出险人同申请人，则本栏免填写)			
出险人姓名：	性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	国籍： <input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他_____	职业名称：
手机：		固话：区号 号码	EMAIL：
联系地址：	省/直辖市 市 区/县 街道/乡镇		邮编：
证件类型： <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他_____	证件		
有效期： 年 月 日至 年 月 日 / 长期	号码		
申请类型（可多选）： <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（失能） <input type="checkbox"/> 疾病残疾（失能）			
出险人身份： <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人之配偶 <input type="checkbox"/> 被保险人之子女			
投保人是被保人的（关系声明）： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他_____			
事故时间：	事故地点：		
事故详情：（请详述事故发生时间、地点及原因，就诊医院及诊疗过程）			
出险人现状： <input type="checkbox"/> 治疗中 <input type="checkbox"/> 治疗结束 <input type="checkbox"/> 残疾（失能）			
出险人是否在其他保险公司投保人身保险： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是承保公司：_____			
户名：	开户银行：		
账号：			
反保险欺诈提示			
请您与我们一同杜绝以下骗取保险金的行为： 1.故意虚构保险标的； 2.对发生的保险事故编造虚假的原因或者夸大损失的程度； 3.编造未曾发生的保险事故； 4.故意造成财产损失的保险事故； 5.故意造成被保险人死亡、伤残或者疾病的。 进行保险诈骗犯罪行为活动，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；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、财产评估人故意提供虚假的证明文件，为他人诈骗提供条件的，将会受到相应的刑事或行政处罚。			
声明及授权			
1.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写的内容真实详尽。 2.本人同意和谐健康保险股份有限公司向医疗机构、行政司法机关、单位和个人检索、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；本人愿承担由此产生的一切法律责任；本授权申明之影印件亦属有效。 3.本人同意授权贵公司向征信机构查询本人被征信机构合法采集、整理或加工产生的其他信息提供者提供的个人信息用于和谐健康保险股份有限公司核保、理赔、保全等业务审查相关事宜。 4.因本人或代理人提供的信息资料错误导致的一切后果，贵公司不承担责任。 请申请人在如下填写栏内亲笔签字/按手印，确认上述声明与授权为本人真实意愿：			
申请人签名：_____		申请日期： 年 月 日	

理赔授权委托书

受委托人 (代办人)	姓名											证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他_____																													
												证件号码																														
	联系地址	省/直辖市										市										区/县										邮政编码										
	手机											固定电话	区号										号码																			
身份	<input type="checkbox"/> 亲属: _____ <input type="checkbox"/> 同事 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 律师(执业证号: _____) <input type="checkbox"/> 其他: _____																																									
本申请人现委托上述受委托人就保险合同(保单号: _____)的理赔事宜作为我的代理人,并同意其代理权限如下:																																										
1. 办理理赔申请及受领退回的申请材料 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 2. 受领理赔决定通知 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 3. 签订理赔协议 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 4. 其他: _____																																										
(为保证您的权益,针对各项代理权限,请务必勾选“同意”或“不同意”之一) 授权期间自 _____ 年 _____ 月 _____ 日至 _____ 年 _____ 月 _____ 日。																																										
请委托人在如下填写栏内亲笔签字/按手印,确认上述信息及委托授权均如实填写,为本人的真实意愿:																																										
委托人(申请人)签名: _____															日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日																											

理赔申请须知

尊敬的客户:

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. 哪些人有权填写《理赔申请书》?

- (1) 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。
- (2) 仅申请保费豁免:由投保人或被保险人申请。

注:上述申请人未成年或不具备完全民事行为能力的,由申请人的监护人代为申请。

2. 是否所有的银行帐户(银行卡)都可以办理理赔款转帐支付?

各地区银行转帐要求有所不同,有关转帐银行的目录以及转帐帐户、银行卡的要求,您可详细咨询您的保单服务人员,或拨打全国统一服务热线 028-956076 以获得详细的信息。

3. 理赔时应准备哪些申请资料?

以下材料为您办理理赔申请时所需的基本材料,但由于保险事故的具体情况不同,本公司可能还会联系您提供一些与本次理赔相关的其他材料。**如委托他人代办理赔申请,需填写本页《理赔授权委托书》并提供受托人身份证明。**

申请项目		应备材料	
医 疗	门诊医疗	1. 2. 3. 4. 6	1. 理赔申请书 2. 保险合同 3. 被保险人/受益人/监护人证件、关系证明及银行卡复印件 4. 门诊病历 5. 出院小结 6. 医疗发票及费用明细清单 7. 病理报告及其他检查报告 8. 司法/伤残鉴定报告 9. 医学死亡证明、丧葬/火化证明、户籍注销证明
	住院医疗	1. 2. 3. 5. 6	
	住院津贴	1. 2. 3. 5	
重大疾病	重大疾病	1. 2. 3. 7	
身 故	身故给付	1. 2. 3. 9	
残 疾	残疾给付	1. 2. 3. 8	
豁 免	身故豁免	1. 2. 3. 9	
	残疾豁免	1. 2. 3. 8	
	疾病豁免	1. 2. 3. 7	
失 能	长期护理	1. 2. 3. 5. 8	

如您对以上内容存在疑问,请登陆和谐健康网站(<http://www.hexiehealth.com>)或拨打和谐健康全国统一服务热线 028-956076 及时联系我们咨询。