理赔申请书（含身故责任）

事故信息

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **保险合同号：** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请类型**：** □身故 □重大疾病 □残疾（失能） □豁免 □医疗 □护理 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 投保人是被保人的（关系声明）： □本人 □父母 □配偶 □子女 □其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **身故人姓名：** | | | | | | | 性别：□男 □女 | | | | | | | 国籍：□中国 □其他 | | | | | | | | | **职业名称**： | | | | | | | | |
| **证件类型：**□身份证 □其他 | | | | | | | | | | | | | **证件号码** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 有效期**：** 年 月 日至 年 月 日 / □长期 | | | | | | | | | | | | |
| **固话：** | | | | | | | | | | | | | **联系地址：**  省/直辖市 市 区/县 街道/乡镇 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **手机：** |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| **事故日期：** | | | | | | | | | | | | | **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） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 身故人是否在其他保险公司投保人身保险：□否 □是 承保公司： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

申请人信息（所有身故受益人/继承人均须填写，如果申请人超出5人，需另填写一份理赔申请书）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申请人1** 姓名**：** | | | | | **性别：**□男 □女 | | | | | | | **国籍：**□中国 □其他 | | | | | | | | | **职业名称：** | | | | | | | | | | |
| **身份类型：**□指定受益人 □法定继承人 □受益人的监护人 □其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **是否中国税收居民：**□仅为中国税收居民 □仅为非居民 □既是中国税收居民又是其他国家(地区)税收居民 **\*如勾选后两项须填写《个人税收居民身份声明》** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **手机：** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **固定电话：**区号 号码 | | | | | | | | | | | **邮编：** | | | | | | | | |
| **联系地址：** 省/直辖市 市 区/县 街道/乡镇 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **证件类型：** □身份证 □其他 | | | | | | | | | | | | **证件**  **号码** |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 有效期**：**  年 月 日至 年 月 日 / □长期 | | | | | | | | | | | |
| 是被保人的(关系声明) **：**□父亲 □母亲 □配偶 □子女 □其他 | | | | | | | | | | | | | 是投保人的(关系声明) **：**□父亲 □母亲 □配偶 □子女 □其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **领取方式：** □转账 □授权转账（授权申请人之一代为领取全额保险金，不需要填写账户信息） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **户名：** | | | | | **开户银行：** | | | | | | | **账号：** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **申请人2** 姓名**：** | | | | | 性别：□男 □女 | | | | | | | **国籍：**□中国 □其他 | | | | | | | | | **职业名称：** | | | | | | | | | | |
| **身份类型：**□指定受益人 □法定继承人 □受益人的监护人 □其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **是否中国税收居民：**□仅为中国税收居民 □仅为非居民 □既是中国税收居民又是其他国家(地区)税收居民 **\*如勾选后两项须填写《个人税收居民身份声明》** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **手机：** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **固定电话：**区号 号码 | | | | | | | | | | **邮编：** | | | | | | | | | |
| **联系地址：** 省/直辖市 市 区/县 街道/乡镇 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **证件类型：** □身份证 □其他 | | | | | | | | | | | | **证件**  **号码** |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 有效期**：**  年 月 日至 年 月 日 / □长期 | | | | | | | | | | | |
| 是被保人的(关系声明) **：**□父亲 □母亲 □配偶 □子女 □其他 | | | | | | | | | | | | | 是投保人的(关系声明) **：**□父亲 □母亲 □配偶 □子女 □其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **领取方式：** □转账 □授权转账（授权申请人之一代为领取全额保险金，不需要填写账户信息） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **户名：** | | | | | **开户银行：** | | | | | | | **账号：** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 微信二维码  **客服热线：956076**  **和谐健康保险官网：http://www.hexiehealth.com** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **申请人3** 姓名**：** | | | | | 性别：□男 □女 | | | | | | | **国籍：**□中国 □其他 | | | | | | | | | **职业名称：** | | | | | | | | | | |
| **身份类型：**□指定受益人 □法定继承人 □受益人的监护人 □其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **是否中国税收居民：**□仅为中国税收居民 □仅为非居民 □既是中国税收居民又是其他国家(地区)税收居民 **\*如勾选后两项须填写《个人税收居民身份声明》** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **手机：** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **固定电话：**区号 号码 | | | | | | | | | | | **邮编：** | | | | | | | | |
| **联系地址：** 省/直辖市 市 区/县 街道/乡镇 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **证件类型：** □身份证 □其他 | | | | | | | | | | | | **证件**  **号码** |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 有效期**：**  年 月 日至 年 月 日 / □长期 | | | | | | | | | | | |
| 是被保人的(关系声明) **：**□父亲 □母亲 □配偶 □子女 □其他 | | | | | | | | | | | | | 是投保人的(关系声明) **：**□父亲 □母亲 □配偶 □子女 □其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **领取方式：** □转账 □授权转账（授权申请人之一代为领取全额保险金，不需要填写账户信息） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **户名：** | | | | | **开户银行：** | | | | | | | **账号：** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **申请人4** 姓名**：** | | | | | 性别：□男 □女 | | | | | | | **国籍：**□中国 □其他 | | | | | | | | | **职业名称：** | | | | | | | | | | |
| **身份类型：**□指定受益人 □法定继承人 □受益人的监护人 □其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **是否中国税收居民：**□仅为中国税收居民 □仅为非居民 □既是中国税收居民又是其他国家(地区)税收居民 **\*如勾选后两项须填写《个人税收居民身份声明》** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **手机：** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **固定电话：**区号 号码 | | | | | | | | | | | **邮编：** | | | | | | | | |
| **联系地址：** 省/直辖市 市 区/县 街道/乡镇 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **证件类型：** □身份证 □其他 | | | | | | | | | | | | **证件**  **号码** |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 有效期**：**  年 月 日至 年 月 日 / □长期 | | | | | | | | | | | |
| 是被保人的(关系声明) **：**□父亲 □母亲 □配偶 □子女 □其他 | | | | | | | | | | | | | 是投保人的(关系声明) **：**□父亲 □母亲 □配偶 □子女 □其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **领取方式：** □转账 □授权转账（授权申请人之一代为领取全额保险金，不需要填写账户信息） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **户名：** | | | | | **开户银行：** | | | | | | | **账号：** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **申请人5** 姓名**：** | | | | | 性别：□男 □女 | | | | | | | **国籍：**□中国 □其他 | | | | | | | | | **职业名称：** | | | | | | | | | | |
| **身份类型：**□指定受益人 □法定继承人 □受益人的监护人 □其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **是否中国税收居民：**□仅为中国税收居民 □仅为非居民 □既是中国税收居民又是其他国家(地区)税收居民 **\*如勾选后两项须填写《个人税收居民身份声明》** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **手机：** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **固定电话：**区号 号码 | | | | | | | | | | | **邮编：** | | | | | | | | |
| **联系地址：** 省/直辖市 市 区/县 街道/乡镇 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **证件类型：** □身份证 □其他 | | | | | | | | | | | | **证件**  **号码** |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 有效期**：**  年 月 日至 年 月 日 / □长期 | | | | | | | | | | | |
| 是被保人的(关系声明) **：**□父亲 □母亲 □配偶 □子女 □其他 | | | | | | | | | | | | | 是投保人的(关系声明) **：**□父亲 □母亲 □配偶 □子女 □其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **领取方式：** □转账 □授权转账（授权申请人之一代为领取全额保险金，不需要填写账户信息） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **户名：** | | | | | **开户银行：** | | | | | | | **账号：** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



**客服热线：956076**

**和谐健康保险官网：http://www.hexiehealth.com**

多身故受益人（继承人）领取保险金转账授权（授权申请人之一代为领取全额保险金需填写）

|  |
| --- |
| 上述所有身故受益人（继承人）协商一致，共同授权申请人 （证件类型**：** 证件号码**：** ） 作为受益人（继承人）代表，代为领取全部保险金，由和谐健康保险股份有限公司将保险金全额支付至该授权申请人的银行账户中，账户信息如下**：**  户名**：** 开户银行**：** 账号**：** 该申请人授权权限为**：**代领保险金（请一并附上该申请人签字的存折/银行卡复印件）。  **特别声明：除上述受益人（继承人）之外，被保险人无其他第一顺序法定继承人，包括与被保险人有扶养关系的继子女、继父母等，该申请人已经取得所有受益人（继承人）的同意和授权，代为领取全额保险金。如因所述不实、账号错误等原因发生相关纠纷的，概由受益人（继承人）自行处理并承担所有法律责任。** |

|  |
| --- |
| **反保险欺诈提示**  请您了解，诚信是保险合同基本原则，涉嫌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。  【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。 |
| **声明和授权**  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；本授权声明之影印件亦属有效。  3.转账授权声明：本人同意和谐健康保险股份有限公司将理赔金转入“理赔申请书”所提供的银行账户中。本人声明上述银行账户确为申请人本人的账户，开户行名称、户名和账号均真实有效，本人同意承担因银行账户提供错误导致转账失败而产生的法律、经济责任。 4.因本人或代理人提供的信息资料错误导致的一切后果，和谐健康保险股份有限公司不承担责任。  5.本人同意授权和谐健康保险股份有限公司使用或向提供服务相关的合作机构，包括但不限于中国银行保险信息技术管理有限公司报送本人的全部保单信息和理赔信息，并通过医疗机构、中国银保信及知悉本人信息的其他机构查询、获取与本人有关的承保、理赔、医疗等信息。用于履行保险合同、为本人提供服务、开展调查与信息数据分析、配合监管机构或行业协会监管管理、履行法律法规规定；和谐健康保险股份有限公司及其合作机构对本人个人相关信息负有保密义务，将采取必要措施保证本人的个人信息安全。  **请所有申请人在如下填写栏内亲笔签字，承诺上述信息及授权均如实填写，未遗漏其他受益人；为本人真实意愿，如所填写信息与实际情况不符，自愿自行处理并承担所有的法律责任。**  申请人1签名： 申请人2签名： 申请人3签名：  申请人4签名： 申请人5签名： 申请日期： 年 月 日 |

**客服热线：956076**

**和谐健康保险官网：http://www.hexiehealth.com**

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：

一、哪些人有权填写《理赔申请书》？

（一）申请身故保险金：由身故受益人申请。

1.保单指定身故受益人的：由保单指定的身故受益人申请。

2.保单未指定身故受益人的或受益人为“法定”的：由被保险人的全体遗产继承人申请。

依照现行有效的法律法规，保险金作为被保险人的遗产，按下列顺序继承：

第一顺序：配偶、子女、父母；第二顺序：兄弟姐妹、祖父母、外祖父母；继承开始后，由第一顺序继承人继承，第二顺序继承人不继承。没有第一顺序继承人继承的，或第一顺序继承人丧失继承权的，由第二顺序继承人继承。

（二）仅申请身故责任的保费豁免：由被保险人或被保人的监护人申请。

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。

二、身故保险金受益人为多人的情况，如何办理理赔申请？

申请身故保险金时，每位受益人/继承人均需作为申请人填写《理赔申请书》。多个受益人可共同办理理赔申请，也可委托一人办理理赔申请，多人委托一人办理时，每一委托人均需授权签字。授权一人通过转账方式领取全额保险金时，需填写理赔申请书中的“多身故受益人（继承人）领取保险金转账授权”。

注：对于法定受益人或未指定受益人的身故保险金理赔申请，我公司不负责保险金多受益人之间的继承份额划分，保险金一次性给付，由全体受益人共同受领或全体受益人授权一人受领。

三、我如何获得理赔申请的相关表格？

您可以向您的保单服务人员索取、到我公司的服务柜面免费领取或在我公司网站http://www.hexiehealth.com下载打印。

四、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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **申请项目** | | **应备材料** | |
| 医 疗 | 门诊医疗 | 1.3.4.6 | 1.理赔申请书  2.保险合同  3.申请人/被保险人身份证明/关系证明/领款人银行卡复印件  4.门诊病历  5.出院小结  6.医疗发票、费用明细清单及第三方给付凭证  7.病理报告及其他检查报告  8.司法/伤残鉴定报告  9.死亡证明  a. 国务院卫生行政部门规定的医疗机构、公安部门或其他有权机构出具的被保险人的死亡证明；  b. 若非上述机构出具的死亡证明（如村委会 / 居委会），则须同时提供合法有效的户籍注销证明或丧葬证明。  10.个人税收声明（非中国税收居民填写）  11.身故受益人身份确认表  12.理赔授权委托书、委托人身份证明（委托他人代办理赔申请时填写） |
| 住院医疗 | 1.3.5.6 |
| 住院津贴 | 1.3.5 |
| 重大疾病 | 重大疾病 | 1.2.3.7 |
| 身 故 | 身故给付 | 1.2.3.9.11 |
| 残 疾 | 残疾给付 | 1.3.8 |
| 豁 免 | 身故豁免 | 1.3.9 |
| 残疾豁免 | 1.3.8 |
| 重大疾病豁免 | 1.3.7 |
| 失 能 | 长期护理 | 1.3.5.8 |



**客服热线：956076**

**和谐健康保险官网：http://www.hexiehealth.com**