理赔申请书

为确保您的正当权益，在填写前敬请详阅《理赔申请须知》

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **保险合同号：** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **申**  **请**  **人** | **申请人姓名：** | | | | | | | | | | | | | | | | | **性别：**□男 □女 | | | | | | | | | | **国籍：**□中国 □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 ：** □身份证 □其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **证件**  **号码** | | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  | |  |  | |  | | |  |  | |  | |  |
| **有效期：** 年 月 日 至 年 月 日 / □长期 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **申请人身份：**□被保险人 □投保人 □被保险人的监护人 □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》** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **出**  **险**  **人** | （若出险人同申请人，则本栏免填写） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **出险人姓名：** | | | | | | | | | | | | | | | | | **性别：**□男 □女 | | | | | | | | | | **国籍：**□中国 □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：** □身份证 □其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **证件**  **号码** | | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  | |  |  | |  | | |  |  | |  | |  |
| **有效期：** 年 月 日 至 年 月 日 / □长期 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **事**  **故**  **信**  **息** | **申请类型（可多选）：** □医疗 □重大疾病 □残疾（失能） □豁免 □护理 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **出险人身份：** □被保险人 □投保人 □被保险人之配偶 □被保险人之子女 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **投保人是被保人的（关系声明）：** □本人 □父母 □配偶 □子女 □其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **出险人现状：**□治疗中 □治疗结束 □残疾（失能） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **出险人是否在其他保险公司投保人身保险：** □否 □是 承保公司**：** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **领**  **取** | **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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 请申请人在如下填写栏内亲笔签字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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 微信二维码 | | | | | | | |

**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。

（二）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。

二、是否所有的银行账户（银行卡）都可以办理理赔款转账支付？

各地区银行转账要求有所不同，有关转账银行的目录以及转账账户、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956076以获得详细的信息。

三、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**