



# 渤海人寿团体综合医疗保险理赔申请书

### 索赔申请指引：

1. 请清楚、完整、正确地填写员工或家属资料（家属如为未成年人无身份证号码请填写出生日期）。
  2. 每次门诊需分栏填写，员工与家属同时索赔时请分别填写本申请书。
  3. 索赔时需提供医疗收据原件，医疗费用清单及门诊病历、相应检查报告等理赔申请资料复印件；原始单据如需退还请同时提供复印件，如未提供恕不退还。
  4. 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。
  5. 请填写索赔收据数量、收据金额的合计数。
  6. 退件后再次申请理赔时请重新提交全部资料。
- 保险索赔员工或家属资料（请如实填写，标\*的为必填项；家属部分为连带被保险人申请理赔时填写）

保单号码	* 单位名称			工作地点
* 被保险人姓名	* 性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	* 出生日期	年 月 日
* 证件类型： <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 军官证、士兵证 <input type="checkbox"/> 港澳台回乡证或台胞证 <input type="checkbox"/> 出生证 <input type="checkbox"/> 户口本				
* 证件号码	证件起期	证件止期	国籍	
家属姓名	* 与员工关系	<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母	* 性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
* 证件类型： <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 军官证、士兵证 <input type="checkbox"/> 港澳台回乡证或台胞证 <input type="checkbox"/> 出生证 <input type="checkbox"/> 户口本				
* 证件号码：	证件起期	证件止期	国籍	职业
* 申请赔付金额≥1 万元，还必需填写身份证明文件有效期、国籍、职业，并请提供身份证明文件复印件				
为方便渤海人寿及时与您联系，请您清楚完整的填写此部分信息。手机号码务必填写被保险人本人的，若是未成年人，请填写监护人手机号码。				
* 联系电话：	电子邮件：			
* 联系地址： <input type="checkbox"/> 住所地 <input type="checkbox"/> 工作单位地址	____省____市____县/区____街____号			邮政编码：

费用类别请参考：1- 门诊费用；2- 住院费用；3- 生育费用；4- 体检费用；5- 其他

被保险人填写（理赔申请人）							
就诊日期	费用类别	就诊医院	收据数量	分割单数量	病因	收据金额	备注
合计							

其他医疗资料： 医疗费用清单/处方（ ）份 病史资料（ ）份 病理/血液/影像报告（ ）份

\* 保险服务人员签收：\_\_\_\_\_ 签收日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

如您投保时已提供银行账号，我们会将理赔款转入该账户。如您投保时未提供，请提供您本人银行卡账号。

户名：\_\_\_\_\_ 开户银行：\_\_\_\_\_ 银行 \_\_\_\_\_ 省 \_\_\_\_\_ 市 \_\_\_\_\_ 支行 银行账号：\_\_\_\_\_

### 反欺诈提示

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、5 千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。

**【民事责任】** 故意或因重大过失未履行如实告知义务，保险公司不承担赔偿或给付保险金的责任。

### 被保险人及连带被保险人（家属）声明及授权

1. 本人声明理赔申请书上所填写内容真实详尽，如有误告，本人愿承担由此产生的一切法律责任。
2. 为提供保险服务的需要，本人授权：贵司及为提供本保险服务之必要委托的第三方合作机构可通过知悉被保险人信息的机构了解、查询、获取及复印与被保险人有关的全部信息（包括但不限于投保、承保、理赔、医疗信息等）；贵司及为提供本保险服务之必要委托的第三方合作机构均可对上述信息进行合理使用。为确保信息安全，贵司及其合作机构应采取有效措施并承担保密义务。
3. 转账授权声明：本人同意贵司将理赔金转入“渤海人寿团体综合医疗保险理赔申请书”所提供的银行账户中。本人声明上述银行账户确为受益人本人的账户，开户行名称、户名和账号均真实有效，本人自愿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。

签名前请您再次核对所填资料是否正确无误。 申请人 / 受益人签名：\_\_\_\_\_ 申请日期：\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日