

## 理赔申请书

被保 险人 信息	姓名	性别	职业	国籍	联系电话	
	证件有效期	年 月 日至 年 月 日		<input type="checkbox"/> 长期	证件类型	证件号码
	联系地址					
申请人和被保险人关系： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 亲属 <input type="checkbox"/> 其他						
申请人 信息	姓名	性别	职业	国籍	联系电话	
	证件有效期	年 月 日至 年 月 日		<input type="checkbox"/> 长期	证件类型	证件号码
	联系地址					
领款人和被保险人关系： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 亲属 <input type="checkbox"/> 其他						
领款人信 息	姓名	性别	职业	国籍	联系电话	
	证件有效期	年 月 日至 年 月 日		<input type="checkbox"/> 长期	证件类型	证件号码
	联系地址					
	开户行	户名	银行卡号			
出险 概况	出险时间	出险原因	<input type="checkbox"/> 意外 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 其他			
	疾病发生过程/意外事故 经过					
	事故者现状	<input type="checkbox"/> 痊愈 <input type="checkbox"/> 治疗中 <input type="checkbox"/> 治疗结束 <input type="checkbox"/> 残疾 <input type="checkbox"/> 身故 (身故时间: _____)				
委托人 信息	姓名	性别	职业	国籍	联系电话	
	证件有效期	年 月 日至 年 月 日		<input type="checkbox"/> 长期	证件类型	证件号码
	联系地址					
理赔 委托 授权 声明	本人委托 _____ 先生/女士(证件类型: _____ 证件号码: _____ 联系电 话: _____ )前往办理有关理赔事宜，并同意其代理权限为：(为保证您的权益， 请在下面的□内对授权事项打√，对未授权事项打×)。本委托有效期为 _____ 年 _____ 月 _____ 日至 年 _____ 月 _____ 日。 <input type="checkbox"/> 长期					
	<input type="checkbox"/> 办理理赔申请及受领退回的申请材料			<input type="checkbox"/> 受领理赔决定通知书		
	<input type="checkbox"/> 签订理赔协议			<input type="checkbox"/> 其他:		
委托人签名: _____ 日期: _____		受托人签名: _____ 日期: _____				
受托人与委托人关系		<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 亲属 <input type="checkbox"/> 其他: _____				

### 反保险欺诈提示

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、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。

**【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。

### 其他声明与授权

- 本人声明以上陈述均为事实，并无虚假及重大遗漏，且已阅读并知晓《反保险欺诈提示》。
- 本人授权任何医疗机构、保险公司或其它机构、以及一切熟悉被保险人身体健康状况之人士，均可以将被保险人身体健康状况之资料向中国人民健康保险股份有限公司如实提供。本授权之影印件亦属有效。
- 转账授权声明：本人同意中国人民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而导致转账失败而产生的法律、经济责任。
- 根据保险监管部门规定，以现金方式给付的保险金不得由保险代理机构、保险代理业务人员和保险营销员代领，

上述事宜本人已知晓。

5、本人授权中国人民健康保险股份有限公司可以从第三方就有关投保及后续保单服务或理赔服务事宜查询、收集与本人相关的信息。本人同意中国人民健康保险股份有限公司将本人提供的前述信息、本人接受中国人民健康保险股份有限公司投保及后续保单服务或理赔服务产生的信息以及中国人民健康保险股份有限公司从中国银行保险信息技术管理有限公司等第三方查询、收集的信息（包括本单证签署之前提供、查询收集和产生的），用于人保集团及其因服务必要而委托的第三方，向本人提供投保及后续保单服务或理赔等服务，并可开展推介产品□、开展市场调查□、信息数据分析□（需勾选）。人保集团及其委托的第三方对上述个人信息依法承担保密和信息安全义务。本人已对上述授权内容明确告知并取得被保险人及受益人同意。

本条中“人保集团”是指中国人民保险集团股份有限公司及其作为控股股东、实际控制人的公司。本授权自本单证签署时生效，具有独立法律效力，不受合同成立与否及效力状态变化的影响。如取消或变更授权，可致电中国人民保险客服热线：95518/联系官方微信服务号“人保健康生活”申请。本人将通过在官方微信服务号“人保健康生活”线上注册方式，详细了解个人信息处理规则。

本人同意中国人民健康保险股份有限公司向中国银行保险信息技术管理有限公司（简称“中国银保信”）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与本人有关的承保、理赔、医疗等信息。中国银保信基于为本人或保险公司提供服务的需要可对上述信息进行必要的使用及相关机构进行信息共享，但应严格履行保密义务。

为提供个人税收优惠型健康保险服务的需要，本人授权：中国人民健康保险股份有限公司可将本人的姓名、身份证号、保单信息提供给中国银行保险信息技术管理有限公司（以下简称“中国银保信”）的商业健康保险信息平台，并同意中国银保信对上述信息以及本人投保、承保、保全、理赔信息，进行收集并经加工分析、使用后，传输给中国人民健康保险股份有限公司用于提供个人税收优惠型健康保险服务用途。同时基于监管机关要求或为保险公司提供服务的需要，本人同意中国银保信将上述信息传输给国家税务机关做合理使用。

中国银保信的上述处理行为对您接受个人税收优惠型健康保险服务具有必要性，并承诺将会严格遵守相关法律规定及监管要求，采取技术措施和其他必要措施确保您的信息安全，防止信息泄露、篡改、丢失。除法律法规外，未经您事先书面许可，我们将不会将您的个人信息用于非上述服务目的，也不会披露给任何无关的第三方。如有关于个人信息保护相关的问题咨询，您可以通过以下方式联系：中国人民健康保险股份有限公司联系方式：95518，中国银保信联系方式：privacy@cbit.com.cn。

为提供保险服务的需要，本人授权：中国人民健康保险股份有限公司可将本人的姓名、证件类型、证件号提供给中国人民健康保险股份有限公司必要合作机构，上述机构可将该信息传递给合法知悉本人信息的机构用于查询与本人医疗健康有关的信息；中国人民健康保险股份有限公司必要合作机构可将通过中国人民健康保险股份有限公司或其他机构查询、收集到的本人信息【姓名、证件类型、证件号、投保、承保、理赔、与医疗健康有关的信息】，进行加工分析、合理使用后，传输给中国人民健康保险股份有限公司用于保险服务用途。

申请人签名：

日期：

被保险人签名：

日期：