

理 赔 申 请 书

(填写前请您阅读本申请书黑体字及背面权益提示)

被保险人		性 别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	保险合同号码															
出生日期		职 业		证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 军人证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 其它				国籍:										
联系电话		就诊医院		证件号码															
事故日期		首诊日期		意外地点															
申请理赔项目： <input type="checkbox"/> 疾病医疗 <input type="checkbox"/> 意外医疗 <input type="checkbox"/> 住院津贴 <input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 残疾 <input type="checkbox"/> 护理 <input type="checkbox"/> 豁免保费 <input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 其他_____																			
是否住院	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	申请金额		此次申请为	<input type="checkbox"/> 首次 <input type="checkbox"/> 再次														
事故原因/经过:																			
是否已向本公司报案 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 报案时间:																			
是否在其他保险公司购买保险 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 承保公司: 已赔付金额:																			
领款 方式	开户银行: _____ 银行 _____ (银行网点名称)																		
	<input type="checkbox"/> 银行转帐	户 名: _____ (被保险人或法定监护人或受益人)							<input type="checkbox"/> 存折 <input type="checkbox"/> 银行卡										
	帐 号: _____																		
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:																			
1、 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。																			
2、 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。																			
3、 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。																			
声明及授权:																			
1、 本人声明: 所提交的全部证明文件资料均属实、本申请书上填写的内容详尽确实, 并无重大遗漏; 否则, 本人愿承担相应法律责任。本人已阅读并知悉上述 ‘反保险欺诈提示’。																			
2、 本人授权: 昆仑健康保险有限公司及其代表向任何医疗机构、公安机关、保险公司、工作单位或其他组织机构及个人查询、调阅、摘抄、复印/制或取得任何有关事故人的所有健康、身份、职业、财务及其他相关资料, 本人愿承担由此产生的一切法律后果。																			
3、 本人授权: 昆仑健康保险有限公司与银行将保险合同约定的理赔款划入上述授权帐户; 款项划至上述授权帐户, 即视为本人已领取相应款项。																			
申请人身份: <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 监护人 <input type="checkbox"/> 身故受益人 是否委托办理: <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 (委托办理请填写委托授权书)																			
申请人签名: _____ 申请人证件号码: _____																			
联系地址及邮编: _____ 联系电话: _____ 申请日期: _____																			
代理人姓名:			代理人代码:			联系电话:													

说明: 1、请逐项如实填写并由申请人(被保险人、法定监护人、受益人)本人亲笔签名确认; 2、请用黑色钢笔或签字笔填写。

理赔材料明细: (本栏由本公司人员填写)

项目	原件	数量	复印件	数量	项目	原件	数量	复印件	数量
1. 保险合同	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	11. 门诊费用收据	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()
2. 被保险人身份证件	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	12. 住院费用收据	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()
3. 受益人身份证件	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	13. 住院费用明细清单	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()
4. 监护人身份证件	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	14. 伤残鉴定报告	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()
5. 与被保险人关系证明	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	15. 意外事故证明	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()
6. 医疗诊断证明书	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	16. 居民死亡医学证明书	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()
7. 门(急)诊病历	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	17. 丧葬、火化证明	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()
8. 住院病历/出院小结	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	18. 户籍注销证明	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()
9. 检查、检验报告	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	19. 银行个人结算帐户复印件			<input type="checkbox"/>	()
10. 药品清单或门诊处方	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	20. 其他材料 _____	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()

签收人: _____ 签收日期: _____ 年 月 日 递交人: _____ 递交日期: _____ 年 月 日

提醒: 以上材料明细的勾选栏目仅作为收取资料凭证, 不作为理赔申请所需资料指南, 请您参照背面理赔申请资料一览表提供完整的相关资料。

理赔申请资料提示

说明：为缩短理赔审核时间，请认真阅读保险条款中的理赔服务条款，并参照理赔申请资料一览表提供资料，并可在一览表内注明已交资料的数量。此仅为理赔申请基本资料要求，根据《中华人民共和国保险法》及保险合同，本公司有权根据理赔具体情况，要求理赔申请人进一步提供补充证明材料或者要求出险人体检。

申请理赔所需资料一览表：

申请事项 需提供的资料	意外 医疗	住院 医疗	住院 津贴	重症监 护津贴	手术 津贴	重大 疾病	豁免保 险费	护理 费用	意外 残疾	身故 保险
理赔申请书	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
保险合同正本	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
最后一次交费凭证	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
出险人身份证明 注 1	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
受益人身份证明及与被保险人 关系证明 注 2										√
疾病/残疾诊断证明书 注 3	√	√	√			√	√	√	√	
相关的检查检验报告 注 4	√	√	√	√	√	√	√	√	√	
重症监护室的证明 注 5	√	√	√	√				√		
病理组织检验报告						√	√			
医疗费用收据	√	√	√	√	√	√				
医疗费用清单 注 6	√	√					√	√		
病历	√	√	√	√	√	√	√	√	√	
出院小结	√	√	√	√	√	√	√	√	√	
意外事故证明 注 7	√	√	√	√	√			√	√	√
死亡证明 注 8							√			√
火化（丧葬）证明							√			√
委托授权材料 注 9	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√

注1. 出险人身故的，身份证明指户籍注销证明；身份证件复印件或影印件必须包含个人信息部分和证件的有效期限（二代身份证提供正反面复印件）。

注2. 受益人与投保人及被保险人的关系证明：如户口簿、结婚证、亲属关系公证书等；若受益人未满十八周岁时，可由其法定监护人代为申请保险金，申请时请提供监护关系证明、监护人的身份证件等资料。

注3. 因伤残申请意外残疾、烧烫伤保险金时，注意详填目前伤残程度，需鉴定才能确定伤残程度的，请先行鉴定，并提供相关的残疾鉴定证明。

注4. 相关的检查报告，如：CT、核磁共振、B超、X光、心电图、实验室检验报告、病理组织检查报告等。

注5. 重症监护病房收费证明、病情记录。

注6. 门诊就诊时需提供的门诊资料，包括完整且真实的门急诊病历记录；姓名、日期等内容完整无误的门急诊医疗费用正式收据；门急诊检查检验报告单；发票所对应之处方或费用明细单。住院就诊时需提供完整的住院医疗费用清单。

注7. 公安：公安证明，笔录，报案回执，法医检验报告等；

交通事故：道路交通事故责任认定书，调解书，驾驶证和行驶证（被保险人为驾驶员时）；

工伤事故：工伤事故调查报告，单位事故报告；

其他：剪报，照片，民事调解和判决书，调解和赔偿协议，鉴定报告，及事故处理报告。

注8. 死亡证明：指医院出具的医学死亡证明或公安部门出具的死亡证明；如出险人系宣告死亡，则需提供法院出具的宣告死亡判决书。

注9. 在委托他人代为办理的情况下需提供委托授权材料，包括授权人亲笔签字的授权委托书及受托人的身份证明。

具体需要的索赔材料请根据不同的险种要求，如有疑问请致电全国统一服务热线电话400-811-8899或者咨询保单服务员。除上表中特别注明的以外，所有申请材料均需要提供原件；如果实际提供为复印件，本公司保留继续要求提供原件的权利。