



理赔申请书

保单信息	合同号码:	营销员姓名/编号/电话:		
出险人信息	身份: <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人			
	姓名:	性别:	国籍:	年龄: 联系方式:
	证件类型:	证件号码:		证件有效期至
	职业:	工作单位/地址:		
申请人信息	身份: <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 指定受益人 <input type="checkbox"/> 被保险人或受益人的继承人 <input type="checkbox"/> 被保险人或受益人的监护人 <input type="checkbox"/> 其他:			
	姓名:	性别:	国籍:	年龄: 联系方式:
	证件类型:	证件号码:		证件有效期至
	邮寄地址/邮编:			
关系声明	投保人与被保险人关系: <input type="checkbox"/> 本人、 <input type="checkbox"/> 配偶、 <input type="checkbox"/> 父母、 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 监护人 <input type="checkbox"/> 其他			投保人
	与受益人关系(身故索赔时填写): <input type="checkbox"/> 本人、 <input type="checkbox"/> 配偶、 <input type="checkbox"/> 父母、 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 监护人 <input type="checkbox"/> 其他			
税收居民身份声明	被保险人与受益人关系(身故索赔时填写): <input type="checkbox"/> 本人、 <input type="checkbox"/> 配偶、 <input type="checkbox"/> 父母、 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 监护人 <input type="checkbox"/> 其他			
	(身故索赔时,存在多个受益人或领款人的情况下另行补充《领款人/受益人身份信息登记表》)			
领款人是否	<input type="checkbox"/> 1. 仅为中国税收居民 <input type="checkbox"/> 2. 仅为非居民 <input type="checkbox"/> 3. 既是中国税收居民又是其他税收管辖区居民(如勾选1且拥有中国境外身份,或勾选2或3,请填写《税收居民身份信息及声明》)			
索赔信息	索赔类别		<input type="checkbox"/> 住院医疗 <input type="checkbox"/> 意外门诊急诊 <input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 豁免保费 <input type="checkbox"/> 原位癌利益 <input type="checkbox"/> 妊娠期/新生儿利益 <input type="checkbox"/> 女性特定手术 <input type="checkbox"/> 意外整形手术 <input type="checkbox"/> 额外疾病利益 <input type="checkbox"/> 暂时人身保险利益 <input type="checkbox"/> 重疾住院医疗 <input type="checkbox"/> 轻症重疾 <input type="checkbox"/> 生命末期 <input type="checkbox"/> 残疾 <input type="checkbox"/> 其他	
	您是否参加职工保障互助会、社保、农合、单位报销或其他保险?(本公司在扣除被保险人通过其他途径所获得报销的金额后,将按照合同约定的比例给付) <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是: 已报销的医疗费金额剩余的自付金额 _____ 剩余的自付金额 _____		您是否在其他保险公司投保并获得类似保障? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是: 保险公司名称 _____ 保险合同号码 _____ 签发日期 _____ 保险金额 _____	
	此次索赔发票 ____张, 费用合计 _____		是否需要其他途径报销? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	
	疾病发生过程/意外事故发生时间、地点与经过:			
出险概况	首诊医院:	科室/主诊医生姓名:	住院期间:	
	您以往曾否患有相似或有相关之疾病而接受治疗:			
反保险欺诈提示				
<p>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。</p> <p>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,也会受到相应的行政处罚。</p>				
<p>为实现个人保险实名制管理目的的需要,本人同意并授权贵公司在相关法律、法规允许的范围内,采集本人的个人信息等资料并将其用于如下用途: (1) 将本人在贵公司办理理赔时所涉及的个人信息及保单信息提供予任何政府有权部门,保险监管机构、保险行业协会或由该等机构所建立或指定的保险业数据信息共享平台进行数据分析等合理利用,并授权贵公司将本表单所包含的账户持有人信息及任何应申报账户信息提供给税务机关及根据政府间协议被交换给其他国家(地区)或该账户持有人的税收居民国(地区)的税务机关; (2) 通过任何内外科医生、医院、诊所、银行、保险公司或其他持有本人个人信息资料(包括但不限于本人的健康状况、财务状况、保单状况等)记录的组织、机构或人士查询、复制前述本人个人信息,并可将前述本人个人信息以及本人在投保单中留存的信息资料(包括今后所作的任何修订或补充)用于贵公司(包括其关联公司和附属公司)、再保险公司及因业务必要而委托的服务供应商等第三方提供相关服务、推荐相关产品或进行数据分析;</p>				



(3) 办理保险业务所需的个人信息要素(包括但不限于姓名、证件类型、证件号码、证件有效期起止期限等)与涉及本人保险业务的保单信息资料(包括但不限于证件信息、办理的保险业务种类、基本内容等),并将前述信息要素与信息资料传递给贵公司的必要合作机构及信息认证专门机构进行合理使用(包括但不限于信息有效性核验与核验结果反馈、存储、登记等)本人同意并确认此申请书的副本与正本具有同等法律效力。

本人已通过 www.manulife-sinochem.com 阅读并完全理解《个人信息和隐私保护协议》及附件《供应商列表》全部内容,同意中宏保险按照《个人信息和隐私保护协议》及附件《供应商列表》的相关约定处理本人的个人信息。

被保险人签署:	申请人签署(若为被保险人免签):
见证人正楷签署:	申请日:

理赔须知

尊敬的客户:

您好!

感谢您对我公司的支持。为了充分保证您的权益,提高理赔时效,请您在申请理赔时,按以下说明进行办理:

1. 在检查治疗及事故处理过程中,请您及时收集和妥善保存好保险合同中约定的理赔申请所需证明文件和资料;当治疗结束或事故处理完毕后,请填写好理赔申请书并签名,与理赔申请所需资料一并提交。

2. 理赔过程中,如有疑问,请拨打咨询电话95383,或联系您的服务营销员,我们将为您提供详细解答。

3. 请提供与确认保险事故性质、原因、伤害程度有关的其他证明文件原件和以下材料:

申请理赔类型	应备文件	
住院医疗	1、3、4、5、14	1. 理赔申请书 2. 保险合同原件/暂(临)时人身保险合同 3. 被保险人身份证明(见注1) 4. 门/急诊病历/手册(含首诊病历),诊断证明/出院小结原件 5. 住院费用原始发票及费用清单 6. 门诊原始发票及费用清单或处方 7. 病理及其他各项检查报告 8. 意外事故证明(若是交通事故须提供交通管理部门出具的交通事故责任认定书;若是工伤事故须提供相关单位的工伤证明等) 9. 残疾程度鉴定书原件 10. 完全丧失劳动能力鉴定书 11. 居民医学死亡证明复印件(正反面,有警署公章)、户籍注销证明(户口簿原件)、火化证/丧葬证原件 12. 主诊医生报告原件 13. 用以确定申请人身份的相关证明(见注2) 14. 出险人/受益人(监护人)的银行自动转账授权书及银行帐号复印件 ★境外出险的相关理赔资料需当地公证部门公证,同时需经中国驻当地领馆确认
意外门急诊	1、3、4、6、8、14	
残疾	1、2、3、8、9、14	
意外身故	1、2、3、8、11、13、14	
非意外身故	1、2、3、11、13、14	
重大疾病	1、3、4、7、14	
豁免保费	1、3、4、9/10/11/13、12、14	
原位癌	1、3、4、7、14	
妊娠期/新生儿疾病	1、3、4、7、14	
女性特定手术	1、3、4、7、14	
意外整形手术	1、3、4、7、14	
暂时人身保险	1、2、3、8、11、13、14	
额外疾病利益	1、3、4、7、14	
重疾住院医疗	1、3、4、5、7、14	
轻症重疾	1、3、4、7、14	
生命末期	1、2、3、4、12、14	
特定疾病手术	1、3、4、7、14	
中症疾病	1、3、4、7、14	

注1:根据反洗钱相关法律法规的要求,如被保险人在本公司未留存有效身份证件正反面的复印件,则本次申请须递交。被保险人满18周岁以上,需提供被保险人本人身份证复印件;被保险人不足18周岁,需提供被保险人本人身份证复印件以及投保人身份证复印件,如被保险人尚未领取身份证,可提供户口簿复印件。

注2:当申请人为被保险人、指定受益人本人时,须提供申请人本人身份证明;当申请人为被保险人的继承人时,须提供该申请人具有合法继承权的相关证明(即第一顺序继承人名单公证书);当申请人为无民事行为能力或限制民事行为能力人时,须提供该申请人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的证明;当申请人委托代理人代为办理时,应提供合法的委托代理手续;当监护人代理被监护人办理时,监护人需提供具有合法监护权的证明,由监护人在申请人处签字,并注明与申请人关系;当申请人为其他人时,我公司将按照法律法规的规定根据实际情况要求申请人提供相应的文件。