

小额医疗保险理赔申请书

理赔通知号:

理赔案件号:

保险合同号:								
被保险人		性 别		职 业		国 籍		
证件类型		证件号码				证件有效期		
联系地址				邮政编码		联系电话		
与投保人关系: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 其他: _____								
出 险 情 况	事故类型	<input type="checkbox"/> 意外 <input type="checkbox"/> 非意外		申请项目	<input type="checkbox"/> 门诊 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 住院补贴			
	详细事故经过 (何时、何地、何人、何因、经过、结果)							
是否投保其他保险公司		<input type="checkbox"/> 是 公司名称 (_____) <input type="checkbox"/> 否						
申请人是被保险人的: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 监护人 <input type="checkbox"/> 其他 _____ (如主申请人为被保险人本人, 下表申请人的“个人信息”除开户银行、授权账户名和授权账户号外, 其他项目可免填写。)								
申 请 人 信 息	姓 名		性 别		职 业		国 籍	
	证件类型		证件号码				证件有效期	
	联系地址				邮政编码		联系电话	
	开户银行		授权账户名		授权账户号			
委 托 授 权 书	姓 名		证件类型		证件号码			
	联系地址				邮政编码		联系电话	
	受 托 人 (关系)	<input type="checkbox"/> 亲属 (_____) <input type="checkbox"/> 同事 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 律师 (执业证号: _____) <input type="checkbox"/> 代理人 (代码: _____) <input type="checkbox"/> 其他 _____						
	委托事项	<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						
反保险欺诈提示								
<p>诚信是保险合同基本原则, 涉嫌保险欺诈将承担以下责任:</p> <p>【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。</p> <p>【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。</p> <p>【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。</p>								
授权与声明								
<p>1、本人郑重声明理赔申请书上填写内容全部真实、准确、完整, 且已阅读并知晓《反保险欺诈提示》。</p> <p>2、本人授权一切知道或熟悉被保险人身体的健康状况和事故情况的任何医疗机构、保险公司、其它机构或人士, 均可将被保险人的有关情况和资料以调阅、摘抄、复印、访谈记录等形式提供给中国人民人寿保险股份有限公司及其代表, 此授权书的复印件亦具有同等效力。</p> <p>3、如因本人信息不全或者不实导致贵公司理赔信息无法通知的, 由本人承担所有责任, 与贵公司无关。</p> <p>4、本人已知悉贵公司理赔时效以本人或本人的受托人与贵公司柜面人员进行理赔资料交接并签收之日开始计算。</p>								
申请人签名:						年	月	日
备注:								
受理人员:						年	月	日