



CAF201601-A

理赔申请表 (E 诺百万住院医疗、手术意外险专用)

索赔提示:

- * 索赔身故保险金时,如涉及多个受益人,请使用另一张《理赔申请表》补充受益人信息。
- * 请参照索赔资料对照表,准备好索赔资料,邮寄到:上海浦东新区杨高南路 759 号陆家嘴世纪金融广场 2 号楼 9 楼 招商信诺健康险事业部理赔中心收,邮编 200127。
- * 为方便我公司寄回家属索赔资料及理赔结果通知书,通讯地址请填写工作单位或常住地址。

基本信息

被保险人	保单编号: / /				
	姓名:	联系电话:	国籍:	性别:	职业:
	通讯地址:				Email:
	□身份证 □其它: 证件号:		有效期: / / 至 / /		
申请人	申请人与被保险人关系: □本人 □配偶 □父母 □子女 □其他: (如申请人与被保险人为同一人,则下方无需填写)				
	姓名:	联系电话:	国籍:	性别:	职业:
	通讯地址:				Email:
	□身份证 □其它: 证件号:		有效期: / / 至 / /		

索赔信息

索赔类型: □住院/门诊医疗 □重大疾病/特定疾病/癌症 □意外身故 □(非意外)身故 □伤残 □手术意外并发症
领款账户 (如被保险人未满 18 周岁,请提供监护人的领款账户;为保证款项及时到账,请务必完整填写开户银行信息)
账户所有人(领款人): 账号: 开户银行: 银行 分行 支行
出险概况 (如意外,请简述事故原因及经过;如疾病,请简述疾病名称、首次确诊日期、诊疗经过及出入院日期;如身故,请填写身故时间及原因)
原因: □意外 □疾病 时间: _____ 地点: _____ 省 _____ 市 _____ 区/县 _____ (场所) 就诊医院: _____ 经过: _____
如属于交通事故请选择交通工具: □汽车 □摩托车 □其它: _____ 被保险人在事故中属于: □行人 □驾驶员 □乘客
调查及处理该事故的机构名称: _____ 被保险人是否在其他公司投保: □否 □是 承保公司: _____
被保险人是否已在第三方获赔: □否 □是 获赔金额: _____ 第三方: □社保 □保险公司 □其它: _____

反保险欺诈提示

最大诚信是保险合同基本原则,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,将会受到最高十年以上有期徒刑,并处罚金或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(详见《刑法》第 198 条)。**【行政责任】** 进行保险诈骗活动,尚不构成犯罪的,将会受到 15 日以下的拘留、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,也会受到相应行政处罚(详见全国人大常委会《关于惩治破坏金融秩序犯罪的决定》第 16、21 条)。**【民事责任】** 故意或因重大过失未履行如实告知义务,或者投保人、被保人故意制造保险事故的,保险公司不承担赔偿或给付保险金的责任;以伪造、变造的有关证明、资料或者其他证据,编造虚假的事故原因或者夸大损失程度的,保险公司对其虚报的部分不承担赔偿或给付保险金的责任。(详见《保险法》第 16、27 条)

声明及授权

- 1、本人的陈述与事实确实无误,且已阅读并知晓《反保险欺诈提示》,若本人参与或实施保险欺诈行为,保险公司有权将相关索赔信息纳入保险行业共享范围。
- 2、本人授权被保险人接受过治疗或住院或具有他/她的健康情况的任何医生、医院、诊所,以及所有了解有关情况的个人及机构,均可将意外的细节、他/她的健康情况、过往病状,以及任何住院、治疗、疾病或不适、病历详细资料提供给保险公司及其授权的机构和个人。所有相关书面证明,以及本申请书所规定的各种资料等,本人愿意承担由此产生的一切法律责任,本授权声明之影印件亦有效。
- 3、本人同意保险公司的赔偿款项通过银行成功转账至本人领款账户则视为本人已收到该笔赔偿款项。
- 4、本人了解并同意所填写的索赔申请书,并不代表贵公司已承诺向本人履行赔偿责任。

被保险人/申请人签名:

签署日期: 年 月 日

(所有申请人均需签名,如被保险人/申请人未满 18 周岁,则由监护人签名)

身故受益人信息表

	受益人一	受益人二	受益人三
姓名			
与被保险人关系			
性别和国籍	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 / <input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其它:	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 / <input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其它:	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 / <input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其它:
证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其它:	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其它:	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其它:
证件号码			
有效期限	/ / 至 / /	/ / 至 / /	/ / 至 / /
通讯地址			
联系电话			
职业			
领款账号			
开户银行	银行 分行 支行	银行 分行 支行	银行 分行 支行

附：索赔资料对照表

索赔类型 \ 资料类型	索赔申请表	被保险人身份证明	被保险人死亡证明(注1)	被保险人户籍注销证明	受益人身份证明	受益人与被保险人关系证明	伤残证明	银行卡复印件	门、急诊病历	完整的住院病历(注2)	检查、检验报告(注3)	手术记录	住院或门诊收据	其他资料(注4)
意外/非意外身故(含豁免保费)	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓				✓
伤残(含重大烧烫伤、豁免保费)	✓	✓					✓	✓	✓	✓				✓
住院医疗/门诊医疗	✓	✓						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
重大疾病/特定疾病/癌症	✓	✓						✓	✓	✓	✓	✓		✓
手术意外并发症	✓	✓						✓	✓	✓	✓	✓		✓

注1：是指公安机构或医院出具的居民医学死亡证明（推断）书；如被保险人被人民法院宣告死亡，需提供法院出具的宣告死亡判决书。

注2：完整的住院病历应包括：病案首页、入院记录（入院志、住院志）、出院小结（出院记录）、体温单、护理记录、长期及临时医嘱单等。

注3：是指确诊疾病必要的病理检验、血液检验、影像学检查及其他科学方法的检查、检验结果。

注4：是指受益人能够提供与本项目保险金申领有关的诊疗资料及其它证明、报告和文件，包含但不限于以下资料：
 ①如属于交通事故，需提供《道路交通事故认定书》；如属于自驾车事故，需提供驾驶执照、机动车行驶证复印件；如属于公共交通工具的事故，需提供乘坐公共交通工具的证明等。②如有公安机关等第三方介入的情况下，需提供第三方出具的事故证明等。③申请身故保险金，如未指定身故保险金受益人，需提供《法定继承人关系证明》或继承权公证书。④如申请医疗费用保险金，需提供发票原件或第三方报销的分割单。⑤如申请手术意外险并发症保险金，需提供确诊手术意外并发症的诊断证明。