

## 工银安盛人寿保险有限公司健康险事后理赔申请表（2023）

为保障您的权益，请仔细阅读提示事项并用正楷清晰详细填写以下内容（理赔所需材料清单请参阅背面）

填写时请注意以下重要事项：

- 请您在被保险人就诊后六个月内提交此表格，并确保您完整填写本表格A至G部分，主治医生填写H部分。
- 您（申请人）需为成年被保险人本人或未成年被保险人的监护人。申请人为未成年被保险人的监护人时，请同时递交监护关系证明（户口簿/出生证明等）复印件。
- 敬请注意若您未提供H部分完整的医疗信息，可能导致理赔延迟。

### A - 被保险人信息 / 受益人信息

姓名（必填）：	性别（必填）： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期（必填）：	年	月	日			
证件类型（必填）：	证件号码（必填）：	证件有效期间（必填）：	年	月	日至	年	月	日
会员编号（必填）：	与投保人的关系：	国籍：						
工作内容或职业：	固定电话-区号：	固定电话：	分机号：	手机号码：				
通讯地址：省/自治区*：	市*：	区/县*：	乡镇/街道/路*：	村/小区/号*：				
其他地址：	邮编：	电子邮件（必填）：						

请正确填写有效的电子邮件，您的理赔信息将通过电子邮件的方式告知。

申请金额大于等于人民币1万元或外币等值1000美金，必须填写证件有效期间、与投保人的关系、国籍、工作内容或职业、固定电话/手机号码、通讯地址（\*必填），并请提供身份证件原件。

### B - 申请人信息

如果申请人与被保险人为同一人，请跳转至C部分

姓名（必填）：	性别（必填）： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期（必填）：	年	月	日			
证件类型（必填）：	证件号码（必填）：	证件有效期间（必填）：	年	月	日至	年	月	日
会员编号（必填）：	与投保人的关系：	国籍：						
工作内容或职业：	固定电话-区号：	固定电话：	分机号：	手机号码：				
通讯地址：省/自治区*：	市*：	区/县*：	乡镇/街道/路*：	村/小区/号*：				
其他地址：	邮编：	电子邮件（必填）：						

请正确填写有效的电子邮件，您的理赔信息将通过电子邮件的方式告知。

申请金额大于等于人民币1万元或外币等值1000美金，必须填写证件有效期间、与投保人的关系、国籍、工作内容或职业、固定电话/手机号码、通讯地址（\*必填），并请提供身份证件原件。

### C - 给付信息

1. 请提供账户持有人（领款人/受益人/被保险人本人或申请人）的境内人民币账户信息，并确保您提供的账户持有人姓名与银行记录完全一致。
2. 若您提供非受益人或被保险人本人的账户信息，视为您授权我司将理赔款转入该账户。我司向该账户转账支付理赔款，将视作我司完全履行了支付本次理赔金的义务。请同时提供账户持有人（领款人/申请人）的身份证明文件复印件和受益人或被保险人与该账户持有人之间的关系证明文件复印件（如户口本/出生证明/结婚证等）。

银行名称： <input type="text"/>	银行： <input type="text"/>	分行： <input type="text"/>	银行账号： <input type="text"/>
账户持有人姓名： <input type="text"/>	账户持有人与投保人的关系： <input type="text"/>		

### D - 理赔信息

出险原因：门急诊 住院 齿科 体检 孕产 其他

就诊日期	发票日期	医院名称	金额（币种）

### E - 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，保险公司可能不承担赔偿或给付保险金的责任。

### F - 申请人签署授权及声明

1. 本人在此声明此理赔申请表提供的所有信息均真实、准确，且未遗漏与此理赔相关的信息。本人理解若此次理赔被发现涉嫌欺诈，本人将承担法律责任并将导致本保单无效。
2. 本人确认已认真阅读并充分理解《个人信息使用授权书》上的各项条款内容（特别是黑体字条款）并确保个人信息的完整和准确。同时，本人也知晓《个人信息使用授权书》中所述相关个人信息还包括本次理赔申请中的未成年人的个人信息。如本人签署姓名，即表示本人已同意《个人信息使用授权书》。

申请人签署：

日期（年/月/日）：

## G - 若委托代办, 请填写以下内容

### 授权委托书

本人(以下简称授权人)\_\_\_\_\_现委托\_\_\_\_\_ (以下简称受托人) (证件类型 \_\_\_\_\_ 证件号码 \_\_\_\_\_)

联系方式 \_\_\_\_\_ 与授权人关系 \_\_\_\_\_ ) 代为办理上述理赔业务。

向本公司递交理赔申请资料及受领退回的申请资料  同意  不同意

说明: 签署本授权时, 应同时提供受托人与授权人的身份证原件与复印件

授权人签名: \_\_\_\_\_ 受托人签名: \_\_\_\_\_

## H - 医疗信息 本部分必须由执业医师/专家/顾问/临床医学家填写

请注意: 执业医师/专家/顾问/临床医学家填写完毕后, 请将此表归还给病人。

### 1. 症状

a) 该病人以前是否遭受过相同或类似症状?  是  否  
若是, 请提供详情:

b) 该病人最早发现该医疗状况的症状和体征是哪一天(日/月/年)?

c) 该病人首次向您陈述该病症是哪一天(日/月/年)?

d) 请提供需要治疗的该病症的详细信息:

### 2. 诊断

目前所知的对该医疗状况的诊断:

ICD-10 代码:

### 3. 医疗状况类型

在您看来, 该医疗状况是:  急性的  慢性的  慢性疾病急性发作

### 4. 治疗需要

a) 治疗建议:

b) 是否有复诊要求?  是  否

若是, 请确认何时(日/月/年)?

请提供详情:

### 5. 住院治疗

病人是否因该医疗状况接受过住院治疗?  是  否

若是, 请提供入院日期(年/月/日):

出院日期(年/月/日):

### 6. 声明

本人声明在此理赔申请表上病人陈述的医疗信息部分是完整、真实的。

执业医师/专家/顾问/临床医学家签字: \_\_\_\_\_

日期(年/月/日): \_\_\_\_\_

## 理赔所需材料清单

请附上以下理赔资料清单:

1. 完整填写并签署申请人/授权人与受托人姓名、日期的理赔申请表

2. 医院出具的原始收费凭证(原件)及费用清单(可提供复印件)

3. 医疗病历/出院小结/医疗诊断书和各类检验检查报告(可提供复印件)

4. 药品明细及处方(可提供复印件)

5. 被保险人的有效身份证明复印件

6. 申请人的有效身份证明复印件

7. 其他所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的证明和资料  
(上述第3项可以由本申请表的H医疗信息部分替代)