

# 工银安盛人寿保险有限公司 健康险直付理赔申请表 (2020)

**A - 病人 (被保险人/受益人) 信息** - 此项由病人 (被保险人/受益人) 填写

姓名 (必填):	性别 (必填): <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期 (年/月/日) (必填): ____/____/____	
证件类型 (必填):	证件号码 (必填):	证件有效期:	
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:		

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、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。

## 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。

**声明** - 此项由病人 (被保险人/受益人) 填写

- 本人在此声明此理赔申请表提供的信息均真实、准确, 且未遗漏与此次理赔相关的重要信息。本人理解若此次理赔被发现全部或部分欺诈, 本人将承担刑事责任并将导致本保单无效, 根据中华人民共和国法律, 本人也将被起诉。
- 本人授权任何医生、医院、诊所、体检机构、保险公司或任何组织、以及凡熟悉被保险人健康情况之人士, 均可将被保险人此次意外或疾病, 既往之病症及病历之详细资料向贵公司及其代表提供或说明。本人即使身故或丧失民事行为能力, 其继承人或受让人不可撤销或废止此项授权而仍需受此授权约束。
- 本人确认并同意工银安盛人寿保险有限公司由此申请表或以其他方式搜集并持有的任何个人信息可以由工银安盛人寿保险有限公司使用, 或为下列目的向任何机构透露或传达, i) 提供持续的保障、客户服务、理赔程序及评估后续投保申请, ii) 处理并给付保险金及相关款项, iii) 提供关于工银安盛人寿保险有限公司、其关联公司的相关产品和服务的市场推广信息。
- 本人同意贵公司向中国银行保险信息技术管理有限公司 (简称“中国银保信”) 报送本人的全部保单信息和理赔信息, 并通过医疗机构、中国银保信及知悉本人信息的其他机构查询与本人有关的承保、理赔、医疗等信息。中国银保信基于为本人或保险公司提供服务的需要可对上述信息进行必要的使用及与相关机构进行信息共享, 但均应严格履行保密义务。

病人 (被保险人/受益人) 签字 (必填):

日期:

**B - 医疗信息** - 此项由执业医师填写

如果医疗机构提供的有医生签署的病历资料能完全覆盖B-医疗信息, 则此项信息可不填写, 但第6项声明必须要由执业医师签字或医院盖章

### 1. 症状

- 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:
- 该病人最早发现该医疗状况的症状和体征是哪一天 (年/月/日)?
- 该病人首次向您陈述该病症是哪一天 (年/月/日)?
- 请提供需要治疗该病症的详细信息:

### 2. 诊断

- 目前所知的对该医疗状况的诊断:
- ICD-10 代码:

### 3. 治疗需要

- 诊疗建议:
- 是否有复诊要求?  是  否  
若是, 请确认何时 (年/月/日):  
请提供详情:

### 4. 处方 - 请附上明细 (如有配药, 请提供)

### 5. 疾病状况类型

在您看来, 该医疗状况是:  急性的  慢性的  慢性疾病急性发作

### 6. 声明 - 此项由执业医师签署或医院盖章

本人声明以本人所知所言在此理赔申请表上的陈述内容是完整, 真实和无保留的。

执业医师签字或医院盖章 (必填):

日期: