

意外健康保险索赔申请表

被保险人/索赔申请人资料			
保险单号码：	保险计划名称：		
姓名：	性别/年龄：	职业：	身份证/护照号码：
联系电话：	电子邮箱：	通讯地址：	
监护人姓名（如被保险人为未成年人）：		与索赔申请人关系：	

被保险人银行账户资料（请填写被保险人或其监护人账户，赔款将通过银行转账支付）		
户名：	开户银行（需精确到省市及地区支行）：	账号：

索赔事由		
事故发生日期：	发生地点：	
请详细描述事故发生原因和经过：		
首次就诊时间：	首次就诊前该症状已存在多久：	证人姓名/电话：
是否已向社保/其他保险公司索赔？ <input type="checkbox"/> 有 公司名称： _____ 理赔金额： _____ <input type="checkbox"/> 没有		

申请明细 费用类别填写：1-门诊；2-住院；3-生育；4-住院津贴；5-其他（死亡、重疾、伤残等）					
费用类别	票据日期	收据数量	病因/诊断	就诊医院	申请金额

注：为了维护您的正当权益，请详尽以下告知内容并签署。

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，为他人诈骗提供条款件的，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，为他人诈骗提供条款件的，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、被保险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

被保险人/索赔申请人谨此声明，已阅读并知晓以上《反保险欺诈提示》，以上陈述绝无虚假和隐瞒。被保险人/索赔申请人明白，保险合同的各项规定不因保险人提供本表或接受索赔证明而受任何影响。

被保险人/索赔申请人授权任何知悉或拥有被保险人之健康状况、病历、任何治疗或咨询记录、意外事故细节的机构或个人向保险人披露上述信息。被保险人/索赔申请人死亡或丧失民事行为能力，此授权书仍然具有法律效力，被保险人/索赔申请人之继承人及受让人也会受本授权书约束。本授权之复印件与原件同属有效。

被保险人/索赔申请人知悉且同意，被保险人的个人信息可被保险人及其合作第三方（包括但不限于公估机构、救援机构、鉴定机构、再保人、审计机构等）用于保单及其服务相关的用途，包括但不限于客户服务、理赔管理、服务品质监控、数据处理、统计、再保险等事宜；被保险人/索赔申请人同意，保险人可为遵守相关法律（包括但不限于中华人民共和国的法律）的要求而向第三方披露被保险人的信息资料。

索赔申请人签署：

被保险人/监护人签署：

日期：

日期：