

招商信诺人寿保险有限公司

招商信诺
Cigna & CMB

0 4 0 0 0 0 7

招商信诺个人医疗保险理赔申请表

基本资料（请务必完整详细填写以下信息）

保单编号：_____

投保人姓名：_____ 身份证号码：_____ 与被保险人关系：本人 配偶 父母 子女 兄弟姐妹被保险人姓名：_____ 性别：男 女 出生日期：_____年____月____日 年龄：_____岁 国籍：中国 其他：_____身份证件类型：居民身份证 其它：_____ 号码：_____ 有效期限（*注1）：_____年____月____日

住所地址：_____ 单位名称：_____ 职务（*注2）：_____

单位地址：_____ 单位电话：_____ 手机号码/联系电话（*注3）：_____

请选择回邮地址：（若无勾选也没有填写，则默认回邮地址为住所地址）住所地址 单位地址 其他地址_____

请填写理赔付款帐号：（请提供被保险人/受益人本人账号；若没有填写，则默认为系统扣款账号）

账号户名：_____ 银行账号：_____ 银行名称（*注4）：_____ 银行_____分行_____支行

请详细填写被保险人电子邮件地址：_____（温馨提示：准确的电邮地址，将有助于我们更好的为您提供服务）

被保险人电子邮件地址：_____（若被保险人为未成年人，请填写投保人电邮地址）

理赔项目：重大疾病医疗保险金 一般住院医疗保险金 健康体检

如属意外事故，请详细填写以下资料：

1、意外事故发生时间：_____年____月____日 被保险人受伤部位：_____ 门诊/出院诊断：_____

2、意外原因及经过：_____

请填写以下资料：

门诊或住院治疗时间	门诊或住院治疗疾病	门诊或住院治疗项目	主治医生姓名
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

理赔资料必须勾选及备注：

被保险人身份证明资料（身份证、户口簿）；关系证明资料（出生证明结婚证其他有效关系证明资料）门诊收据原件（_____份）合计金额为：_____元；门诊费用清单原件（_____份）门诊检查报告或资料（_____份）住院收据原件（_____份）合计金额为：_____元；住院费用清单原件（_____份）疾病诊断证明书门诊病历资料（若需退还请提供清晰复印件）；出院记录或出院小结（_____份）入院记录或入院病历（_____份）社保结算收据（若是住院社保记账的必须提供）；手术记录（_____份）住院检查或检验报告（_____份）重大疾病诊断依据（含病理报告等）（_____份）；身故证明（户口注销、死亡医学证明、火化证）（_____份）交通事故责任认定书（_____份）事故证明资料（_____份）有效行驶证复印件（_____份）有效驾驶证复印件（_____份）

声明及授权

1、本人声明以上陈述与事实确实无误。

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，均可以将意外的细节、他/她的健康状况、过往的病史，以及任何住院、治疗、疾病或不适、病历的详细资料提供给招商信诺人寿保险有限公司及其授权的机构和个人；所有相关的书面证明，以及本申请表所规定的其它各种资料，均被视为成立，并作为证据使用。此授权的影印本亦有效。

3、本人知晓招商信诺人寿保险有限公司发给的此种或其它一切附属的空白单证，并不表示认可本索赔申请确定有效，也不表示招商信诺人寿保险有限公司放弃权利及辩护的表示。

被保险人/受益人签名（*注5）：_____

签署日期：_____年____月____日

理赔提示：

* 请被保险人/受益人详细填写并签署本表格；如被保险人/受益人未滿18周岁，则由监护人填写。

* 请按照本表格背面所示准备好索赔资料，邮寄到：深圳市深南大道7088号招商银行大厦31楼招商信诺人寿保险有限公司理赔部收，邮编：518040。如需其他资料，我们会立即与您联系。祝您安康！

* 注1：请注明被保险人/受益人的身份证件有效期限，并提供身份证的正、反面复印件。

* 注2：请务必填写被保险人/受益人的工作单位、单位地址、单位电话和具体职务内容。

* 注3：请尽量提供手机号码，以便我们及时短信通知您理赔相关事宜。

* 注4：为使您的理赔款支付顺利，请按要求提供被保险人/受益人本人的账号和开户行详细名称（具体到支行），若未填写我们将默认为您的扣款帐号。

* 注5：为使您的理赔顺利进行，请被保险人/所有受益人务必在签名处亲笔签名。

理赔所需资料简表

申请项目与所需资料	一般住院费用 保险金	重疾门诊医疗 保险金	重疾住院医疗 保险金	体检费用 保险金
理赔申请书	√	√	√	√
保险合同原件	√	√	√	√
有效身份证明	√	√	√	√
与被保险人的关系证明（注1）	√（仅限于被保险人为未成年人或者被保险人身故时需要提供）	√（仅限于被保险人为未成年人或者被保险人身故时需要提供）	√（仅限于被保险人为未成年人或者被保险人身故时需要提供）	√（仅限于被保险人为未成年人或者被保险人身故时需要提供）
门（急）诊病历		√		
住院病历（注2）	√		√	
医疗费用收据	√	√	√	√
费用清单（注3）	√	√	√	
疾病诊断证明书	√	√	√	提供体检报告复印件
确诊重大疾病的 各类检查、检验报告（注4）		√	√	
死亡医学证明或户口注销	√（仅限于被保险人身故时需要提供）	√（仅限于被保险人身故时需要提供）	√（仅限于被保险人身故时需要提供）	√（仅限于被保险人身故时需要提供）
其他资料（注5）	√	√	√	√

注1:如被保险人为未成年人，需要由监护人提出理赔申请并提供与被保险人的关系证明，如出生证等；如被保险人身故，由受益人提出理赔申请，如未指定受益人则需要提供被保险人的先顺位继承关系证明并由先顺位继承人提出理赔申请。先顺位继承关系证明可由户籍管理部门或公证部门提供；

注2:住院病历包含病案首页、入院记录（入院志、住院志）、出院小结（出院记录）、手术记录、体温单、护理记录、长期及临时医嘱单、各类检查报告等；

注3:如被保险人已在社保、农村合同医疗、第三方机构获取赔付，需要提供费用清单及社保结算单、农村合作医疗结算单、第三方机构结算单；

注4:确诊重大疾病的各类检查、检验报告依据被保险人所申请的重大疾病类型不同而提供的资料不同。如恶性肿瘤需要提供病理报告；心肌梗塞需要提供心电图、心肌酶、冠脉造影检查报告；脑中风后遗症、脑梗后遗症或脑膜炎后遗症、严重阿尔茨海默病、严重脑损伤、严重帕金森病、严重运动神经元病需要在疾病确诊180日后提供司法鉴定报告证明被保险人遗留肢体、语言或咀嚼吞咽能力障碍；重大器官移植手术或造血干细胞移植术、冠状动脉搭桥术、心脏瓣膜手术、主动脉手术需要提供手术记录；其他重大疾病需要按条款提供相应的检查或鉴定报告以证实达到保险合同约定的条件；

注5:其他资料：指受益人能够提供的与本项保险金申领有关的诊疗资料及其他证明、报告和文件，如道路交通事故责任认定书、驾驶执照、机动车行驶证、事故证明、亲属关系证明（公证书）、授权委托书（公证书）、验尸报告、丧葬证明等。