



税优健康保险理赔申请书 (山东省)

被保险人资料:

姓名		性别		出生日期	年 月 日	国籍		职业	
证件类型		证件号码				证件有效期至	年 月 日		
联系地址				邮编		联系电话			

申请人资料 (申请人必须为保险金受益人或其监护人; 保险金作为被保险人遗产的, 申请人为《中华人民共和国继承法》规定的相关权利人或其监护人。若申请人为被保险人本人则无需填写):

姓名		性别		出生日期	年 月 日	国籍		职业	
证件类型		证件号码				证件有效期至	年 月 日		
联系地址				邮编		联系电话			
申请人是被保险人的 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父亲 <input type="checkbox"/> 母亲 <input type="checkbox"/> 儿子 <input type="checkbox"/> 女儿 <input type="checkbox"/> 其他 _____									

申请理赔项目及相关保险合同资料:

保险合同编号	申请项目类型 (可以复选)
	<input type="checkbox"/> 住院医疗 <input type="checkbox"/> 住院前后门急诊 <input type="checkbox"/> 特定门诊 <input type="checkbox"/> 慢性病门诊 <input type="checkbox"/> 其他: _____

保险事故 (包括意外伤害、疾病或身故) 资料:

事故原因	<input type="checkbox"/> 意外 <input type="checkbox"/> 疾病	事故发生日期:	年 月 日 时
事故发生地点:	目前状况: <input type="checkbox"/> 治疗中 <input type="checkbox"/> 治愈 <input type="checkbox"/> 未愈 <input type="checkbox"/> 身故		
保险事故详细情况: (根据您的本次申请类型详细勾选描述):			
1. 住院及住院前后门诊:			
2. 特定门诊: <input type="checkbox"/> 恶性肿瘤放射治疗 <input type="checkbox"/> 恶性肿瘤静脉注射化学治疗 <input type="checkbox"/> 血液透析 <input type="checkbox"/> 腹膜透析 <input type="checkbox"/> 肾移植术后抗排异治疗 <input type="checkbox"/> 肝硬化			
3. 慢性病门诊: <input type="checkbox"/> 高血压 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 冠心病			

理赔委托授权声明

现委托 _____ 先生/女士 (证件类型: _____, 证件号码: _____, 联系方式: _____, 联系地址: _____) 前往建信人寿保险股份有限公司办理有关保单理赔申请事宜, 并同意其代理权限为递交理赔申请及受领退回的申请材料。本委托有效期为 _____ 天。(委托日期同本申请书的申请日期。)	
受托人与委托人关系	<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 亲属 _____
委托人签名: _____	受托人签名: _____

反保险欺诈提示语句

请您与我们一同杜绝以下骗取保险金的行为: 1. 故意虚构保险标的; 2. 对发生的保险事故编造虚假的原因或者夸大损失的程度; 3. 编造未曾发生的保险事故; 4. 故意造成财产损失的保险事故; 5. 故意造成被保险人死亡、伤残或者疾病的。

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; 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; 保险公司不承担赔偿或给付保险金的责任。保险事故的鉴定人、证明人、财产评估人故意提供虚假的证明文件, 为他人诈骗提供条件的, 将会受到相应的刑事或行政处罚。

理赔申请人声明与授权:

1. 本人声明以上陈述均为事实, 并无虚假及重大遗漏, 且已阅读并知晓《反保险欺诈提示》。 2. 本人授权建信人寿保险股份有限公司从任何医院、保险公司、公安机关或任何上述未提及之组织单位和个人, 获取或了解有关被保险人或投保人任何投保前及投保后就医、投保、理赔、违法犯罪记录以及其他任何与本人投保、理赔相关资料。本人愿意承担由此授权所产生的法律责任。 3. 本声明与授权的复印件与原件具有同等效力。	
理赔申请人签名: _____	日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

以下栏位由保险业务人员填写

保险业务员签名: _____	工号: _____	业务单位代码: _____	直接联系电话: _____
----------------	-----------	---------------	---------------



