



国华人寿保险股份有限公司
GUOHUA LIFE INSURANCE CO.,LTD.

小额理赔申请书(含资料调阅授权书)

保险合同号: _____

出 险 人	姓 名		性 别		联 系 电 话											
	证件名称				证件号码											
	证件有效期				国 籍				职 业							
	联系地址															
	工作单位					单位地址										
	出险日期					就诊医院										
申 请 人	申请项目	<input type="checkbox"/> 住院医疗 <input type="checkbox"/> 住院津贴 <input type="checkbox"/> 意外医疗 <input type="checkbox"/> 烧烫伤保险金 <input type="checkbox"/> 其他 (可复选)														
	递交原始医疗收据(张数)_____张, 收据总金额:_____元, 申请金额:_____元															
	申请人	<input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人之继承人 <input type="checkbox"/> 法定代理人或监护人 <input type="checkbox"/> 身故受益人 <input type="checkbox"/> 其他_____														
	(若申请人与出险人为同一人, 无需填写此栏)															
	姓名:_____性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 国籍:_____联系地址:_____职业:_____证件名称:_____证件号码:_____证件有效期:_____联系电话:_____电子邮件:_____是否委托他人办理理赔申请: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否															
领 款 方 式	银行转账信息: 账户户名:_____银行账号:_____转账银行名称:_____账户身份证号:_____															
保 险 事 故 情 况	事故时间、地点、原因、经过、结果及现状:															
	出险人是否在其它保险公司投保? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 若是, 请注明公司名称:_____															
	出是否经公安、劳动及卫生等部门处理? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 若是, 处理部门:_____															
声明及授权: 1. 本人在本《理赔申请书》上所填写的内容和提交的资料均真实、合法, 并无虚假及重大遗漏, 且已阅读并知晓《反保险欺诈提示》。 2. 本人授权国华人寿保险股份有限公司及为提供本保险服务之必要委托的第三方合作机构向任何医院、公安机关、保险公司等相关机构及个人了解、索取、复印与本理赔申请相关的资料或证明。 3. 国华人寿保险股份有限公司只负责根据授权人提供的账户进行转账业务, 授权人与该账户所有人之间的任何经济纠纷和法律纠纷均与国华人寿保险股份有限公司无关, 国华人寿保险股份有限公司概不负责。 4. 本人同意贵司向中国银行保险信息技术管理有限责任公司(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。 申请人签章:																
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。																

受理人

日期

年

月

日

理赔申请须知

尊敬的客户：

为确保您的正当权益，在填写《理赔申请书》前，请您仔细阅读以下内容：

一、下列人员可以作为申请人享有保险金给付的请求权：

A. 被保险人 B. 法定代理人或监护人

二、申请期限

1、依照保险法规定，人寿保险保险金的申请期限为知道保险事故发生之日起五年内，人寿保险以外的保险金的申请期限为知道保险事故发生之日起两年内。

2、对于超过申请期限的申请，本公司不再受理。

三、理赔申请所需资料

理赔类型	事故原因	保险事故关联的索赔文件	
		常规材料	辅助材料
医疗	意外医疗	1、2、3、4、5、	7
	疾病医疗	1、2、3、4、5、	7
	津贴	1、2、3、4、5、	7
索赔常规材料（常规材料是理赔申请必需的材料，请务必提供，谢谢您的配合）：			
1、 被保险人有效身份证件；			
2、 病历资料（门急诊病历或住院病历、出院小结复印件，诊断证明书原件）			
3、 医疗票据（门急诊、住院医疗费用收据原件；第三方已给付的医疗费用分割单）			
4、 领款人身份证明（领款人身份证原件、领款人与出险人关系证明原件）			
5、 领款人银行账户复印件			
辅助材料（为了您的理赔申请能快速办理，辅助材料请尽量提供，谢谢您的配合）			
7、如是委托申请，需提供委托类资料包括：索赔委托书、受托人身份证明原件			

四、咨询电话

若您对理赔服务有任何疑问或建议，请拨打咨询电话：95549。