



理 赔 申 请 书

保险单号码

为保证您的正当权益，请您认真填写

申请人信息	姓名		性别		证件类型	
	移动电话		固定电话		证件号码	
	国籍		职业		证件有效期限	年 月 日— 年 月 日
	常住地址 (须精确至门牌号)	省 市 区/县 街道/乡镇 路/村 号				
	申请人身份	☐ 被保险人 ☐ 指定受益人 ☐ 被保险人的继承人 ☐ 监护人 ☐ 其他: _____				
	与投保人关系		与被保险人关系		与保单约定的身故受益人关系	
	开户银行		户名		账号	
提示: 若被保险人与申请人为同一人, 则“被保险人信息”栏免填写 *						
被保险人信息	姓名		性别		证件类型	
	移动电话		与投保人关系		证件号码	
	国籍		职业		证件有效期限	年 月 日— 年 月 日
	常住地址 (须精确至门牌号)	省 市 区/县				
受益人信息	姓名		性别		证件类型	
	移动电话		与投保人关系		证件号码	
	国籍		职业		证件有效期限	年 月 日— 年 月 日
	常住地址 (须精确至门牌号)	省 市 区/县				
提示: 若被保险人身故, 且保单指定的身故受益人如与申请人不为同一人, 则本信息栏必填写 * 若被保险人身故, 且保单未指定身故受益人, 须提供《法定受益人约定书》 *						
出险概况	出险原因	☐ 意外 ☐ 疾病 ☐ 其他 (如失踪、自杀)			出险时间	年 月 日 时
	疾病发生经过 / 意外事故发生经过:					

理赔委托授权声明

现委托	先生 / 女士前往贵公司办理有关保单申请项下事宜。本委托有效期为 天。(委托日期同本申请书的申请日期。)					
代办人身份信息	姓名		性别		联系方式	
	证件类型		证件号码		证件有效期限	年 月 日— 年 月 日
	与委托人关系	☐ 营销员 ☐ 收费员 ☐ 亲戚 ☐ 朋友 ☐ 其他: _____				
委托人签名: _____			代办人签名: _____			

保险欺诈风险提示

尊敬的客户: 诚信原则是保险合同的基本原则, 若违反诚信原则实施保险欺诈, 应当依据《中华人民共和国刑法》和《中华人民共和国保险法》的规定承担法律责任: 投保人、被保险人或者受益人进行保险诈骗活动, 数额较大构成犯罪的, 处以拘役或者有期徒刑, 并处罚金或者没收财产; 尚不构成犯罪的, 由公安机关等有权机关依法给予 15 日以下拘留、5000 元以下罚款的行政处罚; 投保人、被保险人或者受益人虚报、谎报或故意制造保险事故的, 保险公司有权依法解除保险合同, 不承担赔偿或给付保险金责任。

其他声明与授权

- 本人声明理赔申请书上所填写内容真实详尽, 与投保人与被保险人或受益人关系属实。
- 本人同意并授权泰康人寿保险有限责任公司及其委托的合作机构, 向医疗机构、行政司法机关 (公安部门、行政司法机关、司法鉴定中心) 及其他单位 (国家金融监督管理总局及其下设机构、人社相关机构、社会医疗保险机构、健康体检机构、商业保险机构、电信运营商等) 和个人进行检索、调阅、收集、摘抄、复印与理赔申请相关的资料, 用于被保险人核保、理赔等保险服务相关用途。本人授权凡知道或拥有任何有关被保险人健康及其他情况的医疗机构及其他有关单位和个人, 均可将有关的病历、检查、核保、投保、理赔等资料提供给泰康人寿保险有限责任公司, 用于理赔申请审核。本人愿意承担由此产生的一切法律责任。本人已知晓如不同意本授权条款, 可能导致理赔申请流程终止。本授权之影印件亦属有效。
- 转账授权声明: 本人同意泰康人寿保险有限责任公司将理赔金转入“理赔申请书”所提供的银行账户中。本人声明上述银行账户确为申请人本人的账户, 开户行名称、户名和账号均真实有效, 本人同意承担因银行账户提供错误而导致转账失败而产生的法律、经济责任。

申请人声明和签字: 本人已经阅读并知晓理赔须知、非法集资风险提示, 已阅读并同意泰康人寿与中国银保信客户信息使用授权声明。(详见申请书背面)

申请人签名: _____ 申请日期: _____



理 赔 须 知

尊敬的客户：

感谢您对我公司的支持。为了充分保证您的权益，提高理赔时效，请您在申请理赔时，按以下说明进行办理：

- 1、早报案、早结案：当被保险人发生合同约定的保险事故时，请您于三日内通知我公司，我们将为您提供理赔指引服务。
- 2、定点医院提醒：请被保险人按照保险合同约定，在指定的定点医院接受检查治疗，并使用当地社保医疗范围内的检查治疗项目或药品。
- 3、妥善保管理赔资料：在检查治疗及事故处理过程中，请您及时收集和妥善保存好保险合同中约定的理赔申请所需证明文件和资料。
- 4、理赔咨询与查询：如咨询理赔事宜，请拨打咨询电话 95522 或联系地方理赔人员，我们将为您提供详细解答；如查询理赔进度，请拨打查询电话 95522 或自助登录泰康人寿官网或关注泰康人寿微信或使用泰康 e 服务终端进行查询。
- 5、您可以登录泰康人寿官网（www.taikanglife.com）查阅理赔须知和下载最新版理赔《理赔申请书》。

附：申请理赔必备文件：

申请项目		必备材料	
医疗	费用型	1、理赔申请书 2、有效身份证件 3、申请人银行账户（不得提供信用卡，推荐提供借记卡，须确保账户姓名与上述有效身份证件姓名一致） 4、如涉及委托他人办理，须填写理赔申请书首页，《理赔委托授权声明》，并提供代办人身份证件。 5、身故案件，需要提供受益人与被保险人关系证明以及申请人、投保人、被保险人、受益人之间的关系证明（依照受理地监管标准执行）*。 6、与理赔相关的其他补充资料（理赔处理过程中，由理赔人视情况而定）*。	1、诊断证明 / 出院小结 2、发票及费用清单 / 处方
	津贴型		诊断证明 / 出院小结
重大疾病	重大疾病		1、诊断证明 / 出院小结 2、病理报告或其他检查报告
身故	身故给付		死亡证明
残疾	残疾给付		诊断证明 / 出院小结
豁免	身故豁免		死亡证明
	残疾豁免		诊断证明 / 出院小结

- 1、有效身份证件指由政府主管部门规定的证明其身份的证件，如：居民身份证、按规定可使用的有效护照、军官证、警官证、士兵证、户口簿等类型证件，这其中，户口簿仅限于未满 16 周岁的人员使用。
- 2、死亡证明材料包括：
 - （1）国务院卫生行政部门规定的医疗机构、公安部门或其他有权机构出具的被保险人的死亡证明；
 - （2）若非上述机构出具的死亡证明（如村委会 / 居委会），则须同时提供合法有效的户籍注销证明。
- 3、因意外导致的保险事故，并经由公安机关等有权机构处理的需提供意外事故证明。

非法集资风险提示

尊敬的客户：

为了保护您的合法权益，泰康人寿特提醒您：我公司禁止从业人员销售非泰康的第三方理财产品。若我公司从业人员存在类似情况，请您及时向公司或公安机关等有关部门反映。提高防范意识，远离非法集资！

泰康人寿与中国银保信客户信息使用授权声明

- 1、本人已理解“泰康人寿”是指泰康人寿保险有限责任公司（以下简称：泰康人寿）。
- 2、本人已理解泰康人寿基于提供更优质服务和产品的目的，将收集和使用本人的个人信息，范围包括本人提供给泰康人寿的个人信息、本人享受泰康人寿服务产生的信息（包含本单证签署之前提供和产生的信息）以及泰康人寿为实现上述目的，根据本条款约定向合法取得本人授权的第三方查询、收集的本人个人信息；本人理解并认可上述信息与泰康人寿向本人提供服务密切相关。
- 3、本人授权泰康人寿及泰康人寿授权的合作机构可以从任何组织（包括你公司授权合作机构的合作方）、单位、电信运营商、个人查询、获取与本人有关的承保、理赔、医疗等信息。贵司及合作机构基于为本人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，采取必要措施保证本人的个人信息安全。针对上述个人信息，你公司应在与本人的保险合同到期 10 年后针对相关资料进行删除或脱敏处理，如果法律法规另有要求，将按相关要求执行。
- 4、基于上述理解，本人授权泰康人寿基于上述目的、按照上述的方式和规则，收集、使用本人上述个人信息。本人承诺向泰康人寿提供的个人相关信息的真实性和准确性，授权泰康人寿向合作机构对本人的个人信息真实性和准确性进行核验，并承担因个人提供信息不真实、不准确造成的一切责任。本条款自本单证签署时生效，具有独立法律效力，不受合同成立与否及效力状态变化的影响。
- 5、本人同意贵司向国家金融监督管理总局直接管理的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、获取与本人有关的承保、理赔、医疗等信息。贵司及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相关机构进行信息共享，但均应严格履行保密义务。

泰康人寿合作机构：

名称	联系方式	名称	联系方式
泰康保险集团股份有限公司	95522	中国银行保险信息技术管理有限公司	privacy@cbit.com.cn
中保科联技术有限责任公司	healthinsurance.zbkl@shic.com.cn	四川省保险行业协会	028-86756626
易慧里（山东）科技有限公司	13127128877	北方健康医疗大数据科技有限公司	www.cnhealth.com/
重庆海盛信信信息科技有限公司	1493159678@qq.com	易联众信息技术股份有限公司	YLZ@ylzinfo.com
中国联合网络通信有限公司大连市分公司	18641111980	乐约信息服务（深圳）有限公司	leyue@leyue100.com
杭州泰福云健康科技有限公司上海分公司	13552290256	湖南骏飞环保科技有限公司	18163621528
北京一峰科技有限公司	010-85630976	上海商涌科技有限公司	021-68582972
福建博思软件股份有限公司	400-888-5699		

直付式理赔保险金支付授权声明

本人声明：鉴于被保险人在_____医院就诊，对于就诊发生的医疗费用，如果该医疗费用属于泰康人寿所承保的医疗保险合同的责任范围，则本人同意授权泰康人寿将本人依据该合同约定应当获得的保险金，支付给上述医院或直付式理赔服务提供商，视同向本人支付，以资出院结算使用。

授权人签名：_____ 授权日期：_____

客服电话：95522

泰康人寿官网：www.taikanglife.com

