

长生人寿健康达人医疗保险金索赔申请书
(医疗费免现金结算服务适用)



1. 被保险人信息 (客户填写)						
保单号		保险期间	年 月 日至 年 月 日		疾病等待期	天
姓名(汉字)		拼音		出生日期		性别 ☐ 男 ☐ 女
被保险人地址			证件类型		证件号码	
电话		手机		邮箱		
投保单位						
地址					电话	
2. 申请人信息 (客户填写) 与被保险人关系: ☐ 本人 ☐ 法定监护人 ☐ 身故受益人 (若申请人为被保险人本人, 以下“申请人”栏位可免填)						
姓名(汉字)		拼音		出生日期		性别 ☐ 男 ☐ 女
申请人地址			证件类型		证件号码	
电话		手机		邮箱		
3. 疾病及伤害状况 (客户填写)						
受伤日		受伤地点		就诊种类	☐ 门诊 ☐ 住院 ☐ 门诊及住院	
症状出现日		初诊日		就诊种类	☐ 门诊 ☐ 住院 ☐ 门诊及住院	
受伤的详细经过或主要症状及治疗经过						
4. 保险赔偿金支付 (客户填写)						
本人同意由长生人寿保险公司或其授权的北京华泰保险公估有限公司直接支付本次治疗费用中属于保险责任的相关费用给医疗机构, 并视同已经收取该保险赔偿金。 ☐ 是 ☐ 否						
为确保保险公司及其代理公司顺利实现免现金结算服务, 本人同意支付押金RMB_____至医疗机构。 ☐ 是 ☐ 否						
为确保顺利实现医疗费免现金结算服务, 本人同意支付押金RMB_____元给医疗机构。理赔结束后, 押金超过免赔额的部分时, 超过部分由北京华泰保险公估有限公司汇款至以下帐户。						
银行名		分行名		支行/分理处		
户名			账号			
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】进行保险诈骗犯罪行为活动, 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。若参与或实施保险欺诈行为, 其理赔相关信息将被纳入保险行业共享范围。						
声明与授权						
①本人已详细阅读本申请书之所有内容, 且所填写内容真实无讹, 如有不实本人愿意承担由此产生的法律责任, 并授权长生人寿保险有限公司可按照《长生人寿隐私政策》规定处理本人个人信息。同时明白上述信息为索赔的基本依据, 且已知晓《反保险欺诈提示》。 ②本人了解长生人寿保险有限公司须按保险合同的约定予以审核理赔申请, 向本人提供的申请书不代表承诺任何赔偿或豁免任何权利。 ③本人授权任何医生, 医院, 诊所, 保险公司或其单位组织及所有熟悉被保险人健康状况之人士均可将被保险人目前及以往之患病状况、病历等相关敏感信息资料提供给长生人寿保险有限公司及其授权单位北京华泰保险公估有限公司, 并由长生人寿及必要合作机构进行存储、登记、合理的使用与传递。 ④本人同意医疗机构将此次治疗的诊疗记录、检查报告、索赔资料等提供给长生人寿保险公司和/或北京华泰保险公估有限公司及其分支机构。 ⑤如果本次意外伤害或疾病治疗费用不属于保险责任, 本人保证将北京华泰保险公估有限公司已经垫付的医疗费用退还给北京华泰保险公估有限公司。 ⑥本人保证上述信息全部属实。 ⑦本授权书之影印件亦属有效, 应权力机关、监督机关、行业协会等要求或为报送需要, 长生人寿可将收集的本人个人信息提供给监管部门、保险行业协会及公权力机关等部门。						
申请人签名 _____ 年 月 日 *若被保险人未成年, 可由监护人作为申请人签本人名字						
5. 诊断书 (医师填写)						
患者姓名				患者生日		
症状出现日	年 月 日			初诊日	年 月 日	
治疗期间	☐ 门诊			自 年 月 日至 年 月 日		
	☐ 住院			自 年 月 日至 年 月 日		
诊断名及治疗内容						
医生签名			日期		医院名称	