

長生健康達人・医療保険金請求書  
(ご自分で治療費をお支払いになる場合)



<b>1. 被保険者様情報</b>					
保険証券番号		保険期間	年月日～	年月日	疾病待ち期間
氏名(漢字)		ローマ字		生年月日	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所		身分証種類		身分証番号	
電話番号		携帯番号		E-mail	
企業名					
所在地				電話番号	
<b>2. 申請者情報</b> 被保険者との関係: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 法定受取人 (申請者本人の場合、記入不要)					
氏名(漢字)		ローマ字		生年月日	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
申請者住所		身分証種類		身分証番号	
電話番号		携帯番号		E-mail	
<b>3. 傷害もしくは疾病の状況</b>					
受傷日		受傷場所		受診種別	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院及び入院
症状出現日		初診日		受診種別	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院及び入院
受傷の場合:詳細及び経過 疾病の場合:主な症状、治療経過					
請求金額	RMB_____元				
<b>4. 請求資料</b>					
<input type="checkbox"/> 保険金請求書					
<input type="checkbox"/> 通院受診カルテコピー <input type="checkbox"/> 表紙 <input type="checkbox"/> 受診頁					
<input type="checkbox"/> 入退院記録					
<input type="checkbox"/> 医療費領収書 合計 枚					
<input type="checkbox"/> 身分証又はパスポートコピー					
<input type="checkbox"/> その他資料					
<b>5. 振込先口座</b>					
私は、長生人壽保險有限公司又は委託先の北京華泰保險公估有限公司が今回の治療費用の保険適用となった保険金を以下の銀行口座に振り込み支払うことを同意します。					
銀行名		支店名		支行/分理处	
口座名義			口座番号		
<b>6. 支払い通知方法</b> <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> 郵便 <input type="checkbox"/> 携帯ショートメール <input type="checkbox"/> その他					
<b>7. 反保険詐欺について</b>					
信用誠実は保険契約の基本原則であり、保険詐欺行為は下記責任を負うことになります。 【刑事責任】保険詐欺犯罪活動を行うと、身柄拘束または有期懲役を受け、罰金または財産没収の刑事処罰を受けることになります。保険事故の鑑定人、証明人が故意に虚偽の証明書類を提供し、他人に詐欺協力した場合、保険詐欺罪の共犯者として処罰されます。 【行政責任】犯罪行為にはならない保険詐欺活動を行った場合、15日以下の拘束、5000元以下の罰金の行政処罰を受けることになります。保険事故の鑑定人、証明人が故意に虚偽の証明書を提供し、他人に詐欺協力した場合、相応の行政処罰を受けることがあります。 【民事責任】故意または重大な過失により、事実在即し告知義務を履行していない場合、保険会社は保険金の賠償または給付の責任を負わないことがあります。保険詐欺行為を実行または関与すると、その支払関連情報は保険業界に共有されることになります。					
<b>8. 宣言と承認</b>					
①私は本申請書内容全般を理解しており、記入内容は真実であることを宣言します。記入情報の誤りがあった場合は、本人が法律責任を負うことになります。また、私は長生人壽保險有限公司に授權し、「長生人壽隱私政策(個人情報保護政策)」に基づいた個人情報の処理を認めます。同時に、上記内容が保険金支払いの基本根拠材料であることを理解し、「反保険詐欺について」を確認済です。					
②私は長生人壽保險有限公司が保険契約の約定に従い保険金の支払申請を査定することを理解しており、私にこの申請書を提供してくることは、いかなる保険金賠償の承諾、或は免責条件の免除を意味しないことを認識しています。					
③私は、すべての医師、病院、診療所、保険会社或いはその単位組織及び被保険者の健康状況を熟知しているすべての人に対し、被保険者の現在及び以前の疾病の状況、カルテなどの関連資料を長生人壽保險有限公司及びその授權先である北京華泰保險公估有限公司に提供することを許可します。また長生人壽保險有限公司及びその提携先機構が個人情報の収集、保管、登録及び合理的な利用、情報提携することに同意します。					
④私は、上述事項は全て事実であることを保証します。私が提供した銀行口座情報に誤りがあるため、支払いができない場合、私は保険金支払い遅延の責任を負います。					
⑤本申請書の複写物も有効です。行政機構、監督管理機構、保険協業等組織の要求に応じ、長生人壽が収集した個人情報を外部提出することについて、私は認めます。					
被保険者署名: _____ 年 月 日					
*代理署名は、親権者がご本人の名前で署名ください					