



理赔申请书 (2025 版)

温馨提示

- 建议您优先通过微信申请理赔：关注微信服务号“复星联合健康保险”，选择“AI 智能理赔”，免填纸质申请。
- 请您根据保险合同约定提供理赔申请所需的材料，如果您提交的理赔材料不完整或根据保险事故的不同，需要您另补充其他理赔材料，我们会及时向您提供的手机号码发送短信消息通知您补充材料，敬请留意通知短信。您也可以关注官方微信服务号“复星联合健康保险”获取理赔问题件补充材料信息并在线补充材料。
- 请提交完整的理赔申请材料，确认提供的银行账户无误，结案后至多 10 日完成理赔款项支付（如因账户问题导致支付失败，则支付时效自提供新账户后起算）。
- 如您对理赔进度或理赔结论有异议，您可联系我公司客户经理、代理人、您的经纪人或拨打全国客服热线 4006-11-7777。

保单号码：_____ 投保人/单位：_____ 是否报案： 曾报案 未报案

第一部分：被保险人与申请人信息（以下信息请您完整填写）

| | | | |
|--|--|--|-------------|
| 被保险人姓名： | | 性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 出生日期： 年 月 日 |
| 证件号码： | 证件类型： <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | | |
| 证件有效期： 年 月 日 至 年 月 日 / <input type="checkbox"/> 长期 | 联系电话：_____ | | |
| 被保险人是投保人的： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | | | |
| 受益人是投保人的： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | | | |
| 申请人与被保险人是否为同一人： <input type="checkbox"/> 是（下列信息无需再次填写） <input type="checkbox"/> 否（请您填写下列信息） | | | |
| 若被保险人为未成年人，申请人可为被保险人父母或监护人； 若被保险人为成年人，申请人应为被保险人/受益人本人，如委托他人办理，需签署申请书背面授权委托书并提供委托人和受托人证件材料。 | | | |
| 申请人姓名： | 性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 证件类型： <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | 联系电话：_____ |
| 证件号码： | 联系人：_____ | | |
| 证件有效期： 年 月 日 至 年 月 日 / <input type="checkbox"/> 长期 | 申请人是被保险人的：_____ | | |
| 联系/邮寄地址：_____ 省/直辖市 _____ 市 _____ 区/县 _____ 镇/乡/街道 _____ 路/村 _____ (具体到门牌号) | | | |

第二部分：出险原因与理赔类型（下列出险原因、理赔类型及事故经过为必填/必选，其余信息根据理赔类型选填）

| | | | |
|-------|--|-------------------------|--|
| 出险原因： | <input type="checkbox"/> 意外 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 其他 _____ | | |
| 理赔类型： | <input type="checkbox"/> 门诊医疗 <input type="checkbox"/> 住院医疗 <input type="checkbox"/> 住院津贴 <input type="checkbox"/> 重大疾病（含轻症、中症、保费豁免） <input type="checkbox"/> 伤残 <input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 健康检查 <input type="checkbox"/> 护理 <input type="checkbox"/> 失能 <input type="checkbox"/> 健康维护金 <input type="checkbox"/> 其他 _____ | | |
| 事故地点： | (意外事故必填) _____ 省/直辖市 _____ 市 _____ 区/县 _____ 镇/乡/街道 _____ 路/村 _____ | | |
| 疾病名称： | (重大疾病、医疗报销必填) _____ | 医疗发票数量：(医疗报销必填) _____ 张 | |
| 事故经过： | (简述就诊时间、医院、诊断结果、意外事故经过或其他特别事项) | | |

第三部分：是否因本事故同时向其他保险公司申请理赔或获得第三方赔付

| | | | |
|---|--|-------|-------|
| <input type="checkbox"/> 未同时向其他保险公司申请理赔，也不存在其他第三方赔付情形 | | | |
| <input type="checkbox"/> 因本次事故同时向其他保险公司申请理赔 | | 保险公司： | 理赔类型： |
| <input type="checkbox"/> 因本次事故同时获得除保险公司外的其他第三方给付 | | 给付机构： | 给付原因： |
| | | 给付金额： | |

第四部分：保险金领款银行账号信息

身故案件：若合同指定了受益人，领款人应为指定受益人；若合同未指定受益人，领款人应为被保险人的法定继承人。

其他案件：若被保险人为未成年人，领款人应为被保险人父母或监护人；若被保险人为成年人，领款人应为被保险人/受益人本人。如委托他人代为领取保险金，需签署并提供相应授权委托材料。

开户行：_____银行_____分行/支行

户名：_____ 银行账号：_____

反保险欺诈提示

诚信是保险合同的基本原则，涉及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责任。

客户声明及客户信息授权

1. 本人已仔细阅读《反保险欺诈提示》，确认理赔申请书上所填写的内容真实详尽，如虚假或隐瞒，本人愿承担相应责任。
2. 本人同意向复星联合健康保险股份有限公司（以下简称你公司）授权下列个人信息，用于你公司及合作机构为本人提供综合服务（投保、核保、保全、理赔和回访等）、数据风控、电子签名、身份识别和验证、核保审查、理赔调查、市场调查、增值服务与信息数据分析，法律另有规定的除外：

- (1) 本人同意并授权你公司收集本人的姓名、证件类型、证件号码、证件有效期限、性别、手机号、联系地址、金融账户信息、与投保人及领款人的关系、有无社保、国籍、职业、工作单位、婚姻状态、医疗健康信息、涉税信息、家庭财产信息、人脸及声音信息、保单信息、投保理赔记录、既往病史、体检信息；
(2) 本人同意并授权你公司向其合作机构提供本人的姓名、证件类型、证件号码、保险合同、理赔申请书、病历资料和检查报告；
(3) 本人同意并授权你公司及其合作机构向任何知悉与本次理赔服务有关的本人身体健康及其他情况的行政司法机关、公安部门、司法鉴定中心、国家金融监督管理总局及其派出机构、人社相关机构、社会医疗保险机构、体检机构、医疗机构、商业保险机构及其它单位或人员提供本人的姓名、证件类型、证件号码、保险合同、理赔申请书；
(4) 本人同意并授权任何知悉与本次理赔服务有关的本人身体健康及其他情况的行政司法机关、公安部门、司法鉴定中心、国家金融监督管理总局及其派出机构、人社相关机构、社会医疗保险机构、医疗机构、体检机构、商业保险机构及其它单位或人员将其知悉的本人发生的保险事故的具体信息、保单信息、投保理赔记录、就诊医院、职业、诊断证明、病历信息、就诊费用、发票号、体检信息、既往病史信息提供给你公司及其合作机构；
(5) 本人同意并授权你公司的合作机构对本人理赔阶段的信息进行必要加工、使用，并将与风险控制有关的信息处理结果回传给你公司用于理赔调查。

(6) 为提供个人税收优惠型健康保险服务的需要，本人授权：复星联合健康保险股份有限公司（以下简称复星联合健康保险）将本人的姓名、身份证号、保单信息提供给中国银行保险信息技术管理有限公司（以下简称“中国银保信”的商业健康保险信息平台，并同意中国银保信对上述信息以及本人投保、承保、保全、理赔信息，进行收集并经加工分析、使用后，传输给复星联合健康保险用于提供个人税收优惠型健康保险服务用途。同时基于监管机关要求或为保险公司提供服务的需要，本人同意中国银保信将上述信息传输给国家税务机关做合理使用。中国银保信的上述处理行为对接受个人税收优惠型健康保险服务具有必要性，并承诺将会严格遵守相关法律规定及监管要求，采取技术措施和其他必要措施确保您的信息安全，防止信息泄露、篡改、丢失。除法律法规外，未经您事先书面许可，我们不会将您的个人信息用于非上述服务目的，也不会披露给任何无关的第三方。如有关于个人信息保护相关的问题咨询，您可以通过以下方式联系：

复星联合健康保险联系方式：4006117777；中国银保信联系方式：privacy@cbit.com.cn

3. 在领取理赔款项后，如有其他身故保险金受益人、法定继承人或法律规定享有保险金请求权的主体，就保险金与你公司发生争议或纠纷的，一切法律责任及费用由本人承担，与你公司无关。
4. 此授权书的影印本具有同样效力。

复星联合健康保险声明

*我公司及合作机构对上述信息负有保密义务。在对外传输、提供、委托处理您的信息时，我公司会要求其按照法律法规以及其他任何相关的保密与安全措施来处理您的个人信息。

| | | |
|---------------------------|---------|-------------|
| “我已阅读并确认本理赔申请书中所有声明及授权事项” | 被保险人签名： | 签字日期： 年 月 日 |
| | 申请人签名： | 签字日期： 年 月 日 |

公司地址：广东省广州市天河区华穗路 406 号 17 层自编 01-03 单元

客服热线：4006-11-7777 公司网站：www.fosun-uhi.com

若不涉及委托代办，本页可不打印填写

授权委托书（若委托他人办理请填写以下授权委托书）

| | | | | | | | | | | |
|--|--|-----------------------------------|--|---------------------------------|------------------------|--------------------------------|----------------------------|---|--|--|
| 授权委托书（若委托他人办理请填写以下授权委托书） | | | | | | | | | | |
| 受托人/单位名称： | | | | | 性别： | <input type="checkbox"/> 男 | <input type="checkbox"/> 女 | 证件类型： <input type="checkbox"/> 身份证证 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | | |
| 证件号码：_____ | | | | | 工作单位：_____ | | | | | |
| 联系/邮寄地址：_____省/直辖市_____市_____区/县_____镇/乡/街道_____路/村_____ | | | | | | | | | | |
| 受托人身份： <input type="checkbox"/> 业务员(代码_____) <input type="checkbox"/> 亲属/同事/朋友 <input type="checkbox"/> 律师(执业证号_____) <input type="checkbox"/> 其他_____ | | | | | | | | | | |
| 本人现授权委托上述受托人作为我的代理人代为办理本次保险事故的理赔，并同意其代理权限包括： | | | | | | | | | | |
| (根据原中国保监会规定：保险代理机构、保险代理业务人员和保险营销员不得接受被保险人或受益人委托代领保险金) | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 提交理赔申请及受领理赔退回资料 | | <input type="checkbox"/> 受领理赔决定通知 | | <input type="checkbox"/> 签订理赔协议 | | <input type="checkbox"/> 领取保险金 | | <input type="checkbox"/> 其他：_____ | | |
| 委托人声明： | | | | | | | | | | |
| 在办理以上理赔事务过程中，本人所指定的开户行、户名、银行账号以及受托人所作的相应文书及签字皆代表本人的真实意思表示，如因授权委托不实等原因导致的与本授权有关的法律后果由本人承担全部责任。本授权的有效期限到受托人办理完毕以上事务时止。 | | | | | | | | | | |
| 委托人签字：_____ 签字日期：_____ | | | | | 受托人签字：_____ 签字日期：_____ | | | | | |

以下由保险公司填写：

材料收到日期： 签收人： 受理方式（邮寄/柜面/其他）：