



保险金给付申请书
(3000元以下小额医疗险理赔专用)
(含资料调阅授权书)

- 该表仅限索赔医疗费金额≤3000元的案件使用

第一部分：(如被保险人年满18周岁，则须由被保险人本人申请办理)

被保险人	保险合同编号: / /					
	姓名:	性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期:	国籍:	职业:	联系电话:
	证件类型:	证件号码:	证件有效期:		电子邮件信箱:	
	住所地或工作单位地址: 省/直辖市 市 (如住所地与经常居住地不一致, 请填写经常居住地)					
(如申请人与被保险人为同一人时, 则以下申请人栏内容可免填)						
申请人	姓名:	性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期:	国籍:	职业:	联系电话:
	证件类型:	证件号码:	证件有效期:		电子邮件信箱:	
	住所地或工作单位地址: 省/直辖市 市 (如住所地与经常居住地不一致, 请填写经常居住地)					
	申请人与出险被保险人关系: <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 监护人 <input type="checkbox"/> 其他, 请详述					

第二部分:

索赔类型	<input type="checkbox"/> 门诊费用补偿 <input type="checkbox"/> 住院费用补偿 <input type="checkbox"/> 津贴				
付款方式	保险金自动转账领款账号 <input type="checkbox"/> 已有账号 (须为被保险人账号, 如被保险人为未成年人, 可提供监护人账号) <input type="checkbox"/> 新授权账号 (请另行填写《银行自动转账授权书》, 并与理赔资料一并递交)				
事故说明 (请简述出险时间、地点、原因及经过; 如涉及疾病, 请简述疾病名称、首诊日期、诊疗经过及出入院日期, 不同的保险事故请分开填写)					
序号	发生时间	就诊医院/事故地点	原因及简要经过	诊断结果	索赔金额
1	_____年__月__日				
2	_____年__月__日				
事故是否经公安、交警、劳动、卫生部门或其他部门处理? <input type="checkbox"/> 是 (请提交事故处理报告) _____ <input type="checkbox"/> 否					
是否曾向其他保险公司投保? <input type="checkbox"/> 是 (请注明保险公司名称及保险合同编号) _____ <input type="checkbox"/> 否					
<p>反保险欺诈提示:</p> <p>诚信是保险合同基本原则, 根据相关法律规定, 保险欺诈将承担以下责任:</p> <ol style="list-style-type: none"> (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日以下的拘留、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, 保险公司不承担赔偿或给付保险金的责任。 					
<p>声明及授权:</p> <ol style="list-style-type: none"> 本人已阅读并知晓上述“反保险欺诈提示”条款。 本人声明以上陈述与回答全部属实, 本人并无隐瞒或遗漏。如有虚假, 本人愿意承担法律责任。 本人同意并授权贵公司及其所委托的合作机构向被保险人接受过治疗或住院或具有被保险人健康情况记录的任何内外科医生、医院、诊所、公安、保险公司或任何组织检索、调阅、摘录、复印或以其他方式收集、获取和使用该事故、意外或疾病之细节、被保险人健康情况、过往的病历、医嘱, 以及任何住院、治疗、病历详细资料以用于为其提供保险理赔以及其他保险服务。本人愿意承担由此产生的一切法律后果。此授权书的复印件与正本具同等效力。 本人清楚明白并同意赔偿款项一经通过银行成功划账至本人账号, 即视为本人已收到该笔赔偿款项。 在领取保险款项后, 如有其他身故保险金受益人或法定继承人就保险金与贵公司发生争议或纠纷的, 本申请人无条件全额返还给予本人的款项予贵公司, 一切法律责任及费用将由本申请人承担, 与贵公司无涉。 					
客户备注:					
保险营销员/见证人签名:		日期:	被保险人/申请人签名:		日期:

-----请勿裁开-----

营销员/渠道支持人员姓名/编号:	营管处/编号:	联系电话:	保单合同编号:
------------------	---------	-------	---------



理赔须知

理赔服务是我公司履行保险合同、兑现承诺的过程，也是您实现保险权益的途径。为了让您享有更加便利透明的理赔服务，请您阅读以下内容，了解理赔服务的操作流程及所需提供的资料：

- 1、发生保险事故后，您可以通过以下任一方式联系我们办理理赔申请：
 - 1) 联系您的保险营销员
 - 2) 致电我司服务热线：800 820 3588（固话）；400 820 3588（手机）；
 - 3) 亲临我司客服柜台（您可以拨打我司服务热线或登录 www.aia.com.cn 查询距离您最近的客户服务柜台地址。）
 - 4) 通过易服务平台自助申请（适用易服务申请的标准请参见易服务理赔申请界面的相关提示。）

2、办理理赔所需提供的资料：

办理理赔时，您可向保险营销员或亲临我司客服柜台索取《保险金给付申请书》及相应的理赔申请表格，也可登录 www.aia.com.cn 下载相关申请表格，您需亲自填写及签名。同时，请备齐办理理赔所需的资料。具体所需资料您可查阅您手中的保险合同，咨询您的保险营销员、致电我司服务热线或登录 www.aia.com.cn 进行查询。以下为常见索赔所需资料供您参考：

附：理赔所需资料表（未特别说明的，均需提供资料的原件）

<p>疾病住院/意外理赔</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 《保险金给付申请书》 2. 完整的门、急诊病历 3. 出院小结（如有住院），诊断书、手术证明（如接受手术治疗） 4. 病理报告及其他相关检查报告 5. 门诊、住院收据原件 6. 费用清单 7. 社会或商业性医疗费用报销证明（如已获相应报销） 8. 被保险人/投保人/申请人的有效身份证件（身份证须复印正反面）、户籍证明、如被保险人为未成年人提供出生证明 9. 其他与确认保险事故的性质、原因等有关的证明和资料 10. 《银行自动转账授权书》 	<p>重大疾病/防癌保险/重疾豁免</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 《保险金给付申请书》 2. 保险合同（保险单正本的复印件或电子影印件与其原件具有同等效力） 3. 完整的门、急诊病历 4. 出院小结（如有住院）、诊断书、手术证明（如接受手术治疗） 5. 病理报告及其他相关检查报告 6. 被保险人/投保人/申请人的有效身份证件（身份证须复印正反面）、户籍证明、如被保险人为未成年人提供出生证明 7. 其他与确认保险事故的性质、原因等有关的证明和资料 8. 《银行自动转账授权书》
<p>残疾/烧伤/全残/全残豁免</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 《保险金给付申请书》 2. 保险合同（保险单正本的复印件或电子影印件与其原件具有同等效力） 3. 完整的门、急诊病历 4. 出院小结（如有住院）、诊断书、手术证明（如接受手术治疗） 5. 病理报告及其他相关检查报告 6. 伤残鉴定书（如有） 7. 被保险人/投保人/申请人的有效身份证件（身份证须复印正反面）、户籍证明、如被保险人为未成年人提供出生证明 8. 其他与确认保险事故的性质、原因等有关的证明和资料 9. 《银行自动转账授权书》 	<p>身故/投保人身故豁免</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 《保险金给付申请书》 2. 保险合同 3. 完整的门、急诊病历、出院小结、死亡记录、抢救记录（如有住院） 4. 《身故保险金受益人身份信息确认表》 5. 户籍注销证明 6. 死亡证明书或宣告死亡判决书 7. 受益人的有效身份证件（身份证须复印正反面）（户籍证明、出生证） 8. 被保险人/投保人/申请人的有效身份证件（身份证须复印正反面）、户籍证明、如被保险人为未成年人提供出生证明 9. 受益人与被保险人关系证明（户口本、结婚证、出生证） 10. 投保人与被保险人关系证明（户口本、结婚证、出生证） 11. 其他与确认保险事故的性质、原因等有关的证明和资料
<p>说明：</p> <p>其他与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的证明和资料，包括但不限于：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 若为交通意外，请提供交通管理部门出具的交通事故处理报告原件。 2. 若为工伤，请提供工伤事故处理报告原件。 3. 若为纠纷已报案，请提供公安机关处理报告原件。 	

（上表仅供参考，具体要求可咨询您的保险营销员或我公司客户服务热线。若您需补充提供资料，我公司将与您进一步联系。）