

重大疾病补贴理赔申请单

ZH · NO: _____ NO: _____

索赔申请指引	1、索赔时请提供：病理诊断报告原件或诊断医院盖章的复印件、出院小结和门诊病史复印件。 2、银行账号注销或更改请务必通知上海外服所属业务中心业务员。 3、当年发生的重大疾病一般应在确诊后的 60 天内申请，最长不超过事故之日起 2 年。逾期不予办理理赔。
---------------	--

员工填写：请清楚、完整、正确填写以下各项信息

姓名	身份证号码	电脑号			
商社名称	联系电话				
联系地址	邮箱				
<input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 配偶	姓名	身份证号码/出生年月			
疾病名称	首次疾病确诊日期	疾病诊断确诊医院	疾病诊断 确诊原件张数	补贴金额	备注
补贴金额合计：				¥	

申请人申明及授权：

1. 本人承诺本申请书内容完全属实，并授权第三方保险公司及上海外服（集团）有限公司（简称“上海外服”），按照本人提供的联系方式向本人发送各类通知并保留录音、回执或电子文档；因本人提供的相关信息不准确，导致第三方保险公司及上海外服无法及时、准确给付保险金或送达各类通知书的责任，由本人承担。

2. 本人承诺向第三方保险公司提交符合保险合同约定且完整、真实、有效的理赔资料，否则第三方保险公司有权拒绝受理理赔申请。

3. 本人承诺在向第三方保险公司提交本申请书时，同时提供本人及委托人身份证明原件，否则第三方保险公司有权拒绝受理理赔申请。

4. 本人同意第三方保险公司向医疗机构及其他有关单位和个人调阅、摘抄、复印或以其他方式获取任何与本次理赔申请相关的资料。本人谨此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，均可将有关资料提供给第三方保险公司。本人愿承担由此产生的一切法律责任，此申请书的影印本也同样有效。

5. 本人同意在法律允许的范围内，将本人的保单信息、理赔信息，第三方保险公司根据本保险合同之需要而查询和收集的相关信息以及履行本保险合同可能涉及的医疗信息提供给中国银行保险信息技术管理有限责任公司（简称“中国银保信”）及上海外服进行信息管理及合理利用。

本人授权同意上述信息可在第三方保险公司、上海外服为本人提供服务时，通过中国银保信平台、上海外服系统平台查询、收集与其提供服务相关的必要信息。同时本人亦授权上述公司在依据行业监管及为实现服务目的之需要而与其他机构进行必要合作的前提下对上述信息进行合理使用及信息共享（包括但不限于：因保险监督管理及风险控制之需要而进行的行业内信息分享；因信息数据使用、存储、下载之需要而与第三方合作机构进行的数据互通；为提高保险服务水平之需要而与医疗卫生和健康管理机构进行的诊疗信息和健康记录的查询和共享；为公共服务之需要与其他政府机构、监管部门、司法机关及第三方信息信用平台进行的信息共享等）。

信息共享声明及授权：

请您认真阅读并理解下述条款，并请依据您本人意愿在下方选项中勾选您对上述条款的接受情况：本人同意提供给第三方保险公司的信息，及本人享受第三方保险公司金融服务产生的信息（包括本单证签署之前提供和产生的），可用于第三方保险公司及因服务必要而委托的第三方为本人提供服务及推荐产品，法律禁止的除外，直到本人以书面方式撤销为止。第三方保险公司集团及其委托的第三方对上述信息负有保密义务。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。

同意接受上述条款 不同意接受上述条款

员工（或受益人）签名：

申请日期：