



理赔申请书

请注意：● 该理赔单仅适用于医疗报销(员工、子女、配偶)、住院补贴。其他类型的理赔申请请联系贵司相关负责人或拨打4001962002进行咨询。
● 如涉及员工、子女、配偶各自的报销费用，均需分开填写多张理赔申请书。
● 如您企业已开通在线理赔功能的，可使用手机扫描右上方二维码进行在线理赔申报。

STEP
1

理赔
所需
资料

请勾选
申请类型：
 门急诊医疗费用（医疗收据(原件)、医疗费清单、门急诊病历、各项检查化验报告的复印件）
 住院医疗费用（住院医疗收据(原件)、住院清单、出院小结、病理报告复印件等）
 住院补贴（医疗收据(原件或复印件)、出院小结、住院明细清单的复印件）
 生育（医疗收据(原件)、相关检查化验项目清单、孕检记录和封面复印件(或孕妇大卡病史和封面复印件)）
*慢性病（高血压、冠心病、糖尿病、慢性肝炎、肾炎等）第一次申请理赔时，需提供详细的疾病诊断依据及近期相关的检查报告。
若申请金额超1万元，须填写《客户身份基本信息登记表(个人)》并提供身份证正反面复印件。
登记表下载地址：外服云官网 www.fsgplus.com-服务指南-健康保障-资料下载。

STEP
2

员工信息

员工姓名					证件类型					联系电话						
证件号码																
公司名称									电子邮箱							
连带人姓名									证件类型							
证件号码																

STEP
3

理赔信息

费用发生人类别	<input type="checkbox"/> 本人		<input type="checkbox"/> 子女 姓名_____				<input type="checkbox"/> 配偶 姓名_____				
发生日期	发票张数	主要病情 / 诊断说明 / 申请事由						发票金额			
提交发票总数							发票总金额				

● 发票金额不等于赔付金额，赔付以公司福利约定和审核结果进行给付。
● 如行数不够可以再填写一张申请书。

STEP
4

声明

1. 上述各项填报、及本人提供的一切资料均完全属实，如有虚假不实、或隐瞒情况，第三方公司有权拒赔保险赔偿金并依法追究法律责任。
2. 本人授权任何医院及其他知情机构或知情人士向贵公司提供有关本人此次意外或疾病的一切资料及健康状况、病历和诊疗资料。
3. 已详读背面《申请人声明及授权》中的条款，并依据本人意愿在下方选项中勾选对于下述条款的接受情况。
 同意接受上述条款 不同意接受上述条款

申请人签名: _____ 连带人签名: _____ 申请日期: _____

申请人声明及授权

1. 本人委托本申请书载明的经办人员代为办理理赔申请。
2. 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。
3. 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。
4. 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。
5. 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。
6. 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