

健康保障金给付申请书



*温馨提示：扫描二维码下载“交银人寿APP”，快速申请健康保障金

受理号码：_____ 受理人：_____ 受理日期：_____

为保障您的权益，请仔细阅读提示事项并详细填写相应栏目（申请所需材料及提示事项请参阅申请须知）

交银人寿保险有限公司（以下简称“交银人寿”、“本公司”、“贵司”）

合同编号：		申请账户类型：		<input type="checkbox"/> 个人账户 <input type="checkbox"/> 公共账户	
被保障人/申请人信息（请完整填写下列信息，如申请人为被保障人本人，申请人信息无需填写）					
被保障人	姓名：	证件类型： <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他_____	国籍：	证件号码：	
	性别：	证件有效起期：_____ 止期：_____	职业：	居住地址：	
	电子邮箱地址：		邮编：	联系电话：	
申请人	姓名：	证件类型： <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他_____	国籍：	证件号码：	
	性别：	证件有效起期：_____ 止期：_____	职业：	居住地址：	
	与被保障人关系：	电子邮箱地址：	邮编：	联系电话：	
受益人	姓名：	证件类型： <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他_____	国籍：	证件号码：	
	性别：	证件有效起期：_____ 止期：_____	职业：	居住地址：	
	与被保障人关系：	电子邮箱地址：	邮编：	联系电话：	
申请事项（请您选择本次申请事项-可复选）					
<input type="checkbox"/> 住院津贴 <input type="checkbox"/> 住院费用 <input type="checkbox"/> 门急诊费用 <input type="checkbox"/> 药房费用 <input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 轻症 <input type="checkbox"/> 残疾 <input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 其他：_____					
事故信息					
就诊信息	就诊医院：	就诊日期：	事故描述：		
	诊断：				
意外信息	意外地点：	意外日期：			
健康保障金支付方式（本人同意交银人寿将本次健康保障金通过银行转账方式转入以下账户）（请准确填写账户信息，并提供账户复印件）					
开户银行：	开户省市：	户名：	银行账号：		
委托声明（注：若未委托他人代为申请健康保障金，此项无需填写）					
现健康保障金申请人_____ 委托_____ 先生/女士前往贵司办理本健康保障金申请事宜。本委托有效期为_____天。委托日期：_____年___月___日					
受托人姓名：	性别：	证件类型：	证件号码：	证件有效起期：	止期：_____ 生日：_____
受托人地址：	联系电话：		与委托人关系：		
受托人声明：受托人保证委托人的签名为亲笔签名，受托人在委托有效期内代为办理委托，所实施的行为如有纠纷，受托人自愿承担相应责任。					
受托人签字：_____			委托人签字：_____		
客户须知					
1. 在您使用交银人寿产品及服务期间，我们将持续为您保存产品及服务所需的您的个人信息，如果您注销账户或主动申请删除个人信息，我们将依据《个人信息保护法》《网络安全法》等法律法规规定处理您的信息。在您注销账户或主动申请删除个人信息后，我们将在法律法规规定的保存期限及达成健康保障金申请人授权及声明所述目的所需的期限后删除您的个人信息，除非法律法规或监管规定有留存要求或您另行授权同意。我们不会再对您的个人信息进行商业化使用，但我们可能会对您的个人信息进行匿名化处理。					
2. 交银人寿对您的个人信息负有保密义务，依法保证数据安全和保护个人隐私。					
3. 服务与投诉热线：4008211211。					
健康保障金申请人授权及声明					
1. 本人清楚明白健康保障金一经通过银行转账到本人以上授权之账号，将视为本人已收到该笔健康保障金。					
2. 本人在此健康保障金给付申请书上所填写的全部内容和随附申请材料均确实无讹。如有虚假，愿承担法律责任。					
3. 本人授权任何医院、医生、诊所、体检机构、保险公司、工作单位、其他有关知悉或留存被保障人信息的单位以及个人，均可将与被保障人本次申请相关的资料、信息及数据（如医疗病历、体检报告、公安部门或法院资料、劳动合同、医疗就诊数据等）提供给贵司，以及贵司委托提供相关服务的合作方（包括并不限于提供调查服务、技术服务、信息服务等服务的合作方及其合作的第三方服务机构），本人愿承担由此产生的一切法律后果。					
（如您与被保障人为同一人，则请直接翻页至反面申请人签字处；如您与被保障人非同一人，则请继续阅读以下4-8点内容：）					
4. 为保证保障金申请的顺利完成，本人同意： 交银人寿可向其委托处理业务的第三方服务公司提供办理业务所需的个人信息（包括证件信息、保障金申请信息等）。第三方服务类型包括理赔录入、理赔调查、理赔审核等。					
5. 为保证保障金申请的顺利完成，本人同意：					
（接反面内容）					

(接正面内容)

交银人寿可将本人的姓名、证件类型、证件号码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”），并同意中国银保信对上述信息以及本人保障金申请信息进行收集并经加工分析、合理使用后，传输给交银人寿用于保险业务风控。中国银保信的上述处理行为对您接受交银人寿的服务具有必要性，不会对您的个人权益造成非法侵害。如有关于个人信息保护相关的问题咨询，您可以拨打交银人寿全国客服电话 4008211211 或联系中国银保信：privacy@cbit.com.cn。

6. 根据监管机构规定，为实现个人保险实名制管理目的的需要，本人同意：

交银人寿可采集本人办理保障金申请所需的信息要素（包括但不限于姓名、证件类型、证件号码、证件有效期起止期限、手机号码等），传递给交银人寿委托的信息认证专门机构（中国银保信、腾讯云计算（北京）有限责任公司）进行有效性核验并向交银人寿反馈。

7. 为落实监管规定、维护金融行业秩序、防止欺诈等违法活动，本人同意：

交银人寿可采集涉及本人的保障金申请信息（包括但不限于证件信息、基本内容等），并由交银人寿的监管机构或必要合作机构（中国银保监会、中国人民银行、保险行业协会、中国银保信等金融相关必要机构）进行存储、登记，上述各单位均可对上述信息进行合理的使用与传递。

8. 以下事宜需要您单独同意，如未获得您的单独同意，则本次保障金申请我司歉难受理：

(1) 因保障金申请审核及给付需要，交银人寿可能需要处理本人的金融账户等信息以及不满十四周岁未成年人的个人信息，本人同意交银人寿处理前述对个人权益有重大影响的敏感个人信息。

本人已阅读并同意上述授权： 已阅知, 同意 已阅知, 不同意

(2) 因保障金申请审核需要及监管相关规定的要求，本人同意交银人寿可将办理保障金申请所需的相关个人信息提供给监管机构或交银人寿合作的必要机构等其他个人信息处理者。

本人已阅读并同意上述授权： 已阅知, 同意 已阅知, 不同意

申请人签字： _____

签署日期： _____年_____月_____日

申请须知

尊敬的客户，您好！

感谢您对我公司的支持。为了充分保证您的权益，提高审核时效，请您在申请健康保障金时，按以下说明进行办理：

1. 报案提醒：当被保障人发生健康保障委托管理合同约定的事故时，请您及时通知我公司，我们将为您提供健康保障金指引服务。
2. 就诊医院提醒：请被保障人在健康保障委托管理合同约定的医院就诊。
3. 保存申请材料：在检查治疗及事故处理过程中，请您及时收集和妥善保存好健康保障委托管理合同中约定的健康保障金申请所需的各类资料。
4. 健康保障金咨询与查询：如咨询健康保障金事宜，请拨打咨询电话4008211211或当地客服人员；如查询健康保障金审核进度，请拨打查询电话4008211211或自助通过交银人寿官微/交银人寿APP进行查询。
5. 移动申请服务：本公司已推出移动申请服务，您可以通过微信搜索进入交银人寿官微或扫描健康保障金给付申请书上方二维码下载交银人寿APP，快速办理健康保障金申请。
6. 申请人说明：如被保障人无民事行为能力（包括并无限被保障人未满18周岁，下同），被保障人的监护人为申请人。

重要提示：

公司将在申请材料完备后进行审核，为提高审核效率，请您详细填写健康保障金给付申请书各栏目并递交相应的申请材料，申请材料一览表及申请材料收集指南请参考如下：（具体以合同双方认可材料为准）

《申请材料一览表》（表中数字编号请参照《申请材料收集指南》）

申请事项 事故类型	门急诊费用	药房费用	住院津贴/住院费用	残疾	重大疾病/轻症	身故
疾病导致	1.2.3.5	1.2.5	1.2.3.4.5	1.2.3.4.7	1.2.3.4.6	1.2.3.4.9.10
意外导致	1.2.3.5.8	1.2.5	1.2.3.4.5.8	1.2.3.4.7.8	1.2.3.4.7.8	1.2.3.4.8.9.10

《申请材料收集指南》

编号	申请材料名称	具体形式及获取途径	备注
1	健康保障金给付申请书	向分公司营运部领取，请申请人详细填写申请表各栏目并亲笔签名	a. 如您在填写过程中有任何疑问，可拨打客户电话 4008211211，或向柜面服务人员咨询 b. 非身故保障金申请应由被保障人本人申请，若被保障人无民事行为能力，由监护人填写并签署
2	身份证明（复印件）	客户自行提供	a. 被保障人身故的，需递交受益人身份证明及关系证明 b. 被保障人或受益人无民事行为能力的，需递交监护人身份证明及关系证明 c. 豁免保费需递交投保人身份证明及其与被保障人的关系证明（如户口本）
3	门/急诊病历及相关医疗检查化验单	客户门急诊就医后自行保管的门诊病历及 CT、核磁共振、B 超、X 光、心电图、血液检验等检查结果报告单	门诊病历应记录有主要症状体征、诊断及诊疗意见，用药应含有：药名、剂型、剂量、用法、总剂量等，并且病历记载用药应与收据相符
4	出院小结（出院记录）	客户办理出院手续后医院提供，须有医院加盖公章	
5	医疗费原始发票、费用清单	门诊：医院门诊收费处提供门诊发票 住院：医院住院收费处提供住院发票，费用清单	a. 若其他机构已部分报销：须另提供其他机构已部分补偿证明，若收据原件被其他机构留存的，则提供加盖有该原件留存机构公章并注明已补偿金额或明细的收据复印件 b. 单独申请住院津贴可仅提供医疗费用发票复印件
6	病理报告	办理出院手续时向医院索取	申请早期恶性肿瘤或恶性病变、恶性肿瘤时须提供病理报告
7	伤残鉴定书	在治疗结束后由本公司和被保障人共同认可的鉴定机构进行鉴定，通常为当地公安局、检察院、法院等部门市级的法医鉴定机构	如果自被保障人遭受意外伤害或患病之日起 180 天内治疗仍未结束，按第 180 天的身体情况进行鉴定，定残标准须参照健康保障委托管理合同条款约定，鉴定费用由申请人自行承担
8	意外事故证明	根据事故类型、性质不同、经办机构不同，应提交的意外事故证明资料及出具机构不同：有交警部门；公、检、法等执法机关；劳动社会保障部门；客户所在单位或其他事故经办机构等	意外事故证明文件常见形式如：道路交通事故认定书，赔偿调解书，交通事故出险须递交驾驶证和行驶证（被保障人为驾驶员时）；工伤事故调查报告，单位事故报告；公安证明、笔录、报案回执，法医检验报告；民事调解和判决书；调解和赔偿协议，鉴定报告，事故处理报告，事故照片等
9	死亡证明	医院或公安机关开具	在医院救治无效身故，则由该医院开具《居民医学死亡证明》，其他情况身故一般由公安机关认定死亡原因后开具《居民医学死亡证明》
10	户口注销证明	公安机关户籍管理部门出具	

注：1. 除上表中特别注明“复印件”以外，其他所有申请材料均需要提供原件；

2. 列表内资料仅供参考，本公司可根据申请个案具体情况，请您协助递交您所能提供的与确认事故性质、原因、伤害程度等有关的其他证明和资料。