

保障金申请书

委托管理合同号：

“委托人”指健康保障委托管理合同委托方

申请人信息	姓名		性别		证件类型	
	移动电话		固定电话		证件号码	
	申请人身份	<input type="checkbox"/> 被保障成员 <input type="checkbox"/> 指定领取人 <input type="checkbox"/> 被保障成员的继承人 <input type="checkbox"/> 监护人 <input type="checkbox"/> 其他				
	国籍		职业		证件有效期	年 月 日— 年 月 日/ <input type="checkbox"/> 长期
	常住联系地址（详至门牌号）		省 市 区/县			
	被保障成员与委托人关系		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 子女(<input type="checkbox"/> 成年 <input type="checkbox"/> 未成年) <input type="checkbox"/> 其他			
	被保障成员与申请人关系		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 子女(<input type="checkbox"/> 成年 <input type="checkbox"/> 未成年) <input type="checkbox"/> 其他			
	申请人与委托人关系		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 子女(<input type="checkbox"/> 成年 <input type="checkbox"/> 未成年) <input type="checkbox"/> 其他			
开户行		账户名		账号		
被保障成员信息	提示：若被保障成员与申请人为同一人，则本栏无需填写。					
	姓名		性别		证件类型	
	移动电话		固定电话		证件号码	
	国籍		职业		证件有效期	年 月 日— 年 月 日/ <input type="checkbox"/> 长期
	常住联系地址（详至门牌号）		省 市 区/县			
被保障人现状	<input type="checkbox"/> 治疗中 <input type="checkbox"/> 治疗结束 <input type="checkbox"/> 身故（身故日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> 残疾 <input type="checkbox"/> 其他					
事故信息	事故原因： <input type="checkbox"/> 意外 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 其他（如失踪、自杀）			事故时间： 年 月 日		
	疾病发生经过/意外事故发生经过：					

委托授权声明

现委托_____先生/女士前往贵司办理有关健康保障委托管理合同项下保障金申请事宜。本委托有效期为____天（委托日期同本申请书的申请日期）。

代办人身份信息	代办人姓名		证件类型		证件号码	
	联系方式		证件有效期	年 月 日— 年 月 日/ <input type="checkbox"/> 长期		
	与委托人关系	<input type="checkbox"/> 营销员 <input type="checkbox"/> 收费员 <input type="checkbox"/> 亲戚 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 其他				
申请人签名：			代办人签名：			

其他声明与授权

<p>1、本人声明以上陈述均为事实，并无虚假及重大遗漏，与委托人、被保障成员、申请人关系属实。</p> <p>2、本人授权泰康养老保险股份有限公司及其授权的合作机构可以从任何医疗机构、保险公司、社保、其他机构或者一切熟悉被保障人及健康保障事故责任之人士，查询、获取被保障人健康保障事故责任之资料，并向泰康集团保险股份有限公司如实提供。本授权之影印件亦属有效。</p> <p>3、转账授权声明：本人同意泰康养老保险股份有限公司将保障金转入“保障金申请书”所提供的银行账户中。本人声明上述银行账户确为申请人本人的账户，开户行名称、户名和账号均真实有效，本人同意承担因银行账户提供错误而导致转账失败而产生的法律、经济责任。</p>
--

申请人声明和签字：本人已经阅读并知晓申请须知，已阅读并同意《客户信息使用授权声明条款》。（详见申请书背面）

委托人签章：

申请人：

日期：

申请须知

尊敬的客户：

感谢您对我公司的支持。为充分保证您的权益，提高申请时效，请您在申请时按以下说明进行办理：

- 1、当被保障成员发生合同约定的事故时，请您于十日内通知我公司，我们将为您提供申请指引服务。
- 2、请被保障成员按照合同约定，在指定的定点医院或机构接受检查治疗，并使用合同约定范围内的药品。
- 3、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合同中约定的保障金申请所需证明文件和资料。
- 4、对于身故申请，若同时有多位身故领取人，需填写《领取人约定书》。对于非身故申请，申请人必须为被保障成员本人或其监护人。
- 5、申请过程中，如有疑问，请拨打咨询电话4006695522，我们将为您提供详细解答。

附：保障金申请应备文件

申请项目		应备文件	
医疗	费用型	1、理赔申请书	1、诊断证明/出院小结 2、发票原件及费用清单处方
	津贴型		1、诊断证明/出院小结 2、住院费用发票及住院费用明细清单（可提供影印件）
重大疾病	重大疾病/疾病豁免	2、申请人有效身份证件	1、诊断证明/出院小结 2、病理报告或其他检查报告
身故	身故给付/身故豁免	3、受益人（监护人）银行账户复印件	死亡证明
残疾	残疾给付/残疾豁免	4、其他理赔所需要的材料（理赔处理过程中，由核赔人视情况而定，包含但不限于上述材料类型）	1、诊断证明/出院小结 2、伤残鉴定书
第三方管理医疗			1、公共账户使用授权书（仅用于公共账户转账使用） 2、医疗相关费用发票原件及费用明细清单 3、诊断证明及病历
境外意外及救援			被保险人护照、境外急性病或意外相关证明资料、境外身故使馆证明

1、有效身份证件指由政府主管部门规定的证明其身份的证件，如：居民身份证、按规定可使用的有效护照、军官证、警官证、士兵证、户口簿等类型证件，这其中，户口簿仅限于未满18周岁的人员使用。

2、死亡证明材料包括：

- (1) 国务院卫生行政部门规定的医疗机构、公安部门或其他有权机构出具的被保险人的死亡证明；
- (2) 若非上述机构出具的死亡证明（如村委会/居委会），则须同时提供合法有效的户籍注销证明。

3、因意外导致的保险事故，并经由公安机关等有权机构处理的需提供意外事故证明。

客户信息使用授权声明条款

本人已理解泰康集团基于提供更优质服务和产品的目的，将收集和使用本人的个人信息，范围包括本人提供给泰康集团的个人信息、本人享受泰康集团服务产生的信息（包含本单证签署之前提供和产生的信息）以及泰康集团为实现上述目的，根据本条款约定向合法取得本人授权的第三方查询、收集的本人个人信息；本人理解并认可上述信息与泰康集团向本人提供服务密切相关。

本人已理解“泰康集团”是指泰康保险集团股份有限公司及其直接控股或间接控股的公司；泰康集团收集的本人信息将向泰康集团各公司及与所提供服务的合作机构披露、共享，用于为本人提供服务、产品推介、开展市场调查与信息数据分析等；泰康集团及其合作机构对本人个人相关信息负有保密义务，将采取必要措施保证本人的个人信息安全。

基于上述理解，本人授权泰康集团基于上述目的、按照上述的方式和规则，收集、使用本人上述个人信息。

本人承诺向泰康集团提供的个人相关信息的真实性和准确性，授权泰康集团向合作机构对本人的个人信息真实性和准确性进行核验，并承担因个人提供信息不真实、不准确造成的一切责任。

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。

泰康养老官网: tkyl.pension.taikang.com/cms/
客服电话: 4006695522

