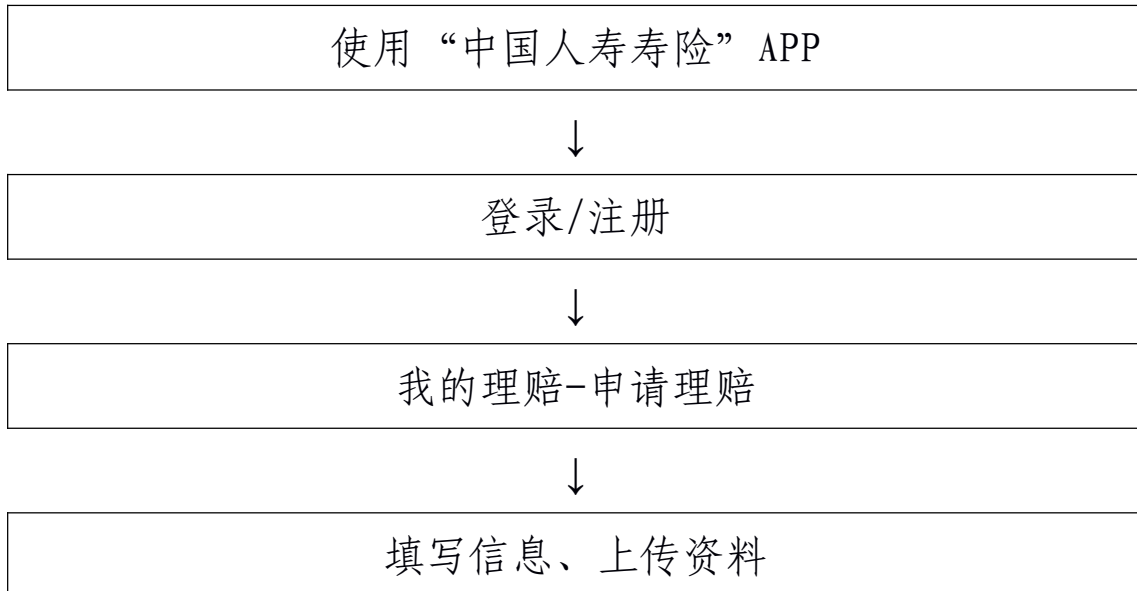


研究生补充商业医疗保险理赔申请流程

一、住院理赔

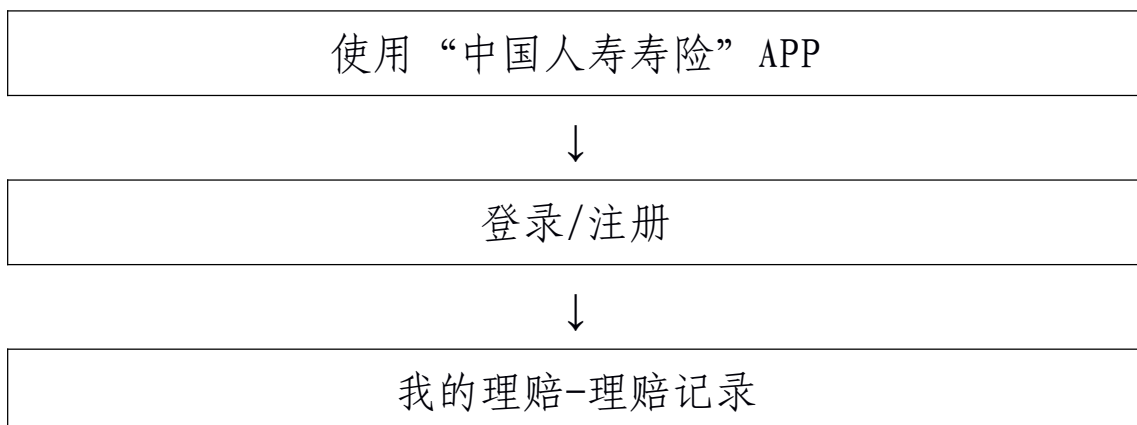
申请流程：



材料要求：

住院发票复印件；出院小结复印件；住院用药明细清单复印件；黑色水笔填写《理赔申请书》；身份证正反面复印件；银行卡复印件（借记卡，签名抄写卡号）。

查询流程：



二、居保大病

申请流程：

请将相关材料扫描成电子版 (pdf 或 jpg 格式), 打包发送至 fudansblp@163.com, 邮件主题: 复旦大学保险理赔+学号+姓名+手机联系方式。电子版材料审核无误后保险公司将联系学生寄送纸质材料, 请学生留意电话或邮件信息。

由于居保大病时效限制, 材料提交需自费用发生之日起 180 日以内 (以纸质材料收到为准, 门诊以就诊当天起计算, 住院以入院当天起计算)。

材料要求:

1. 居保大病门诊: 发票复印件 (需加盖校医院章); 大病门诊结算单 (校医院出具); 门诊病历记录复印件 (需和发票日期一一对应); 黑色水笔填写《理赔申请书》; 学生证复印件; 身份证正反面复印件; 银行卡复印件 (借记卡, 签名抄写卡号)。对于申请部分精神类疾病, 首次需提交医生开具的《疾病诊断证明书》。

2. 居保大病住院: 住院发票原件; 住院结算单复印件 (即校医院开具的转诊单); 出院小结复印件; 住院用药明细清单复印件; 黑色水笔填写《理赔申请书》; 学生证复印件; 身份证正反面复印件; 银行卡复印件 (借记卡, 签名抄写卡号)。

三、小额意外 (缝针、骨折、猫狗抓咬伤等)

申请流程:

请将相关材料扫描成电子版 (pdf 或 jpg 格式), 打包发送至 fudansblp@163.com, 邮件主题: 复旦大学保险理赔+学号+姓名+手机联系方式。电子版材料审核无误后保险公司

将联系学生寄送纸质材料，请学生留意电话或邮件信息。

材料要求：

1. 骨折：门诊病历记录复印件（包括封面）；拍片诊断报告书；黑色水笔填写《理赔申请书》；身份证正反面复印件；银行卡复印件（借记卡，签名抄写卡号）。

2. 猫狗咬伤：门诊病历记录复印件（包括封面）；疫苗注射单复印件；黑色水笔填写《理赔申请书》；身份证正反面复印件；银行卡复印件（借记卡，签名抄写卡号）。

3. 烧伤、缝针：门诊病历记录复印件（包括封面，需有伤口描述，组织胶水黏合不予理赔）；黑色水笔填写《理赔申请书》；身份证正反面复印件；银行卡复印件（借记卡，签名抄写卡号）。

中国人寿住院医疗费线上理赔申请流程

①、下载“中国人寿寿险”APP



②、账号登录或立即注册→

登录中国人寿寿险APP

手机号/邮箱/身份证号/邮箱

密码

请输入图片验证码 SP4A

登录

没有账号 立即注册

③、申请理赔



④、信息填写

信息填写 税收声明登记 信息确认 上传资料

申请人信息

姓名 * 身份证

证件类型 身份证

证件号码 3*****4

性别 女

出生日期 19***-22

国籍 中国

职业 机关、团体：其他工作人员

联系方式 +86 137****3

您是出险人的谁 本人

*您仅可为本人/未成年人/已身故的人申请理赔

所有信息注册后自动带出

出险信息 (必填)

出险日期 选择日期

出险地点 选择出险地点

申请事项 医疗费用 重大疾病 残疾 身故

出险原因 ① 意外 疾病

理赔金额是否大于一万 是 否

理赔服务地 选择理赔服务地点

收款账户 (必填)

户名 *

开户银行 ① 选择银行

银行卡号 ① 输入银行卡号

国籍 中国

职业 机关、团体：其他工作人员

住院第一天

均选择“否”如最终理赔金额大于1万元，会致电联系

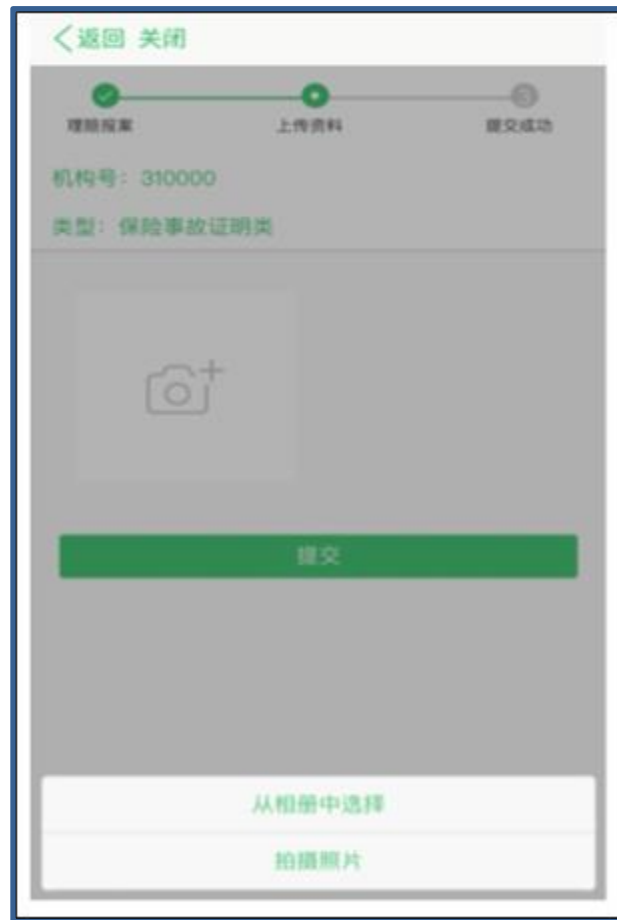
务必选择上海

账户必须为出险人本人

银行卡号务必填写准确

中国人寿住院医疗费线上理赔申请流程

⑤、理赔影像资料上传



注意事项：

※ 填报内容请按第④张截图填写

※ 住院前已在校医院开具转诊单的（医保已结算）理赔材料：
（住院发票、出院小结、住院用药明细清单、身份证、银行卡）

※ 住院前未在校医院开具转诊单的（医保未结算）理赔材料：
出院后通过校医院进行医保结算，获得《医保结算单》后线上申请
（医保结算单、住院发票、出院小结、住院用药明细清单、身份证、银行卡）

※ 如住院发票在其他保险公司理赔过的，请同时上传第三方的《理赔明细单》（需加盖其他保险公司印章）



中国人寿保险股份有限公司
China Life Insurance Company Limited

理赔申请书

填写前请您阅读本申请书黑体字

报案编号：

申请人信息	姓名		性别		与出险人关系	☐ 本人 ☐ 配偶 ☐ 父母 ☐ 子女 ☐ 其他：_____														
	证件类型	☐ 身份证 ☐ 其他_____			证件号码															
	证件有效期限	年 月 日			国家/地区											职业				
	固定电话	—			手机										电子邮箱					
	联系地址	省/直辖市 市 区/县																		
	领款银行账号											开户银行								

出险人	姓名		性别		联系地址															
	证件类型	☐ 身份证 ☐ 其他_____			证件号码															
	证件有效期限	年 月 日			国家/地区											职业				
事故经过	提示：若出险人与申请人为同一人，则无需填写本栏。																			
	时间：	年 月 日 时				地点：														
	详细经过：（如曾住院，请填写住院资料，如：医院名称、起始日期、疾病诊断名称等。）																			
出险人现状		☐ 治疗中 ☐ 治疗结束 ☐ 身故（身故日： 年 月 日） ☐ 残疾（失能）																		

保险合同号码		授权变更项目	
1		☐ 固定电话 ☐ 手机 ☐ 电子邮箱 ☐ 联系地址 ☐ 连带变更本人其他保险合同的上述项目	
2		☐ 固定电话 ☐ 手机 ☐ 电子邮箱 ☐ 联系地址	
3		☐ 固定电话 ☐ 手机 ☐ 电子邮箱 ☐ 联系地址	
保险合同变更授权：若本申请书载明的本人固定电话、手机、电子邮箱或联系地址与本人保险合同相关项目不一致，本人同意贵公司按本申请书内容变更保险合同相关项目。			
☐ 出险人在其他保险公司投保		承保公司	
☐ 出险人已获第三方报销(赔偿)		给付机构	

申请人声明及授权：

1. 本人承诺本申请书内容完全属实，并授权贵公司选择任意联系方式向本人发送各类通知并保留相关录音、回执或电子文档；若因本申请书填写不准确导致贵公司无法及时、准确给付保险金或送达各类通知书，贵公司不承担责任。

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

3. 本人承诺在向贵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，否则贵公司有权拒绝受理理赔申请。

4. 本人同意中国人寿保险股份有限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中国人寿保险股份有限公司。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，贵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公司（简称“中国银保信”），进行信息管理及合理利用。

本人授权同意上述信息可在贵公司及其他保险公司为本人提供服务时，通过中国银保信平台查询、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下述条款的接受情况：本人同意提供给中国人寿保险股份有限公司的信息，及本人享受中国人寿保险股份有限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），可用于中国人寿集团（指中国人寿保险（集团）公司及其直接或间接控股的公司）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。中国人寿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

申请人签名：

申请日期： 年 月 日

受理人签名：

作业流水号：

受理日期： 年 月 日

理赔委托事项
(若无理赔委托事项则无需填写本页)

委托人1	姓 名		性 别		与出险人关系	☐ 本人 ☐ 配偶 ☐ 父母 ☐ 子女 ☐ 其他：_____														
	证件类型	☐ 身份证 ☐ 其他_____			证件号码															
	证件有效期限	年 月 日		保险金达到1万元人民币或1000美元请填写后两项										国家/地区			职业			
	固定电话	—		手 机												电子邮箱				
	联系地址	省/直辖市 市 区/县																		
	领款银行账号											开户银行								

委托人2	姓 名		性 别		与出险人关系	☐ 本人 ☐ 配偶 ☐ 父母 ☐ 子女 ☐ 其他：_____														
	证件类型	☐ 身份证 ☐ 其他_____			证件号码															
	证件有效期限	年 月 日		保险金达到1万元人民币或1000美元请填写后两项										国家/地区			职业			
	固定电话	—		手 机												电子邮箱				
	联系地址	省/直辖市 市 区/县																		
	领款银行账号											开户银行								

委托人3	姓 名		性 别		与出险人关系	☐ 本人 ☐ 配偶 ☐ 父母 ☐ 子女 ☐ 其他：_____														
	证件类型	☐ 身份证 ☐ 其他_____			证件号码															
	证件有效期限	年 月 日		保险金达到1万元人民币或1000美元请填写后两项										国家/地区			职业			
	固定电话	—		手 机												电子邮箱				
	联系地址	省/直辖市 市 区/县																		
	领款银行账号											开户银行								

受托人	姓 名		性 别		身 份	☐ 销售人员 ☐ 亲属 ☐ 同事 ☐ 朋友 ☐ 其他_____														
	证件类型	☐ 身份证 ☐ 其他_____			证件号码															
	固定电话	—		手 机												电子邮箱				
	联系地址	省/直辖市 市 区/县																		

委托范围	委托声明： 一、 本人未授权贵公司销售人员或服务人员代领保险金，若有相关授权，贵公司有权视为无效； 二、 本人承诺提供本人银行卡（折）复印件并将相应信息填入本委托书； 三、 本人承诺受托人办理授权范围内的理赔事宜时，同时提交本人及受托人身份证件原件，否则保险公司有权拒绝受理理赔申请； 四、 本人承诺受托人就下列保险合同办理委托事项，凡由本委托书引发的任何法律或经济纠纷由本人承担。																											
	保险合同	1、									2、																	
		3、									4、																	
	委托事项	提交理赔资料 ☐ 是 ☐ 否									签订理赔协议 ☐ 是 ☐ 否									信息共享声明授权 ☐ 是 ☐ 否								
		受领各类理赔通知 ☐ 是 ☐ 否									是否有其他委托事项 ☐ 是 ☐ 否																	

注：若委托人超过三人或委托事项不一致，请另行填写《理赔委托书》。

签名及日期	委托人1签名：_____； 委托人2签名：_____； 委托人3签名：_____；																		
	受托人签名：_____ 委托日期：_____ 年 月 日																		