

# 僧伽医养计划 补充医疗保险

指  
导  
手  
册

2019年5月

## 目 录

一、 项目介绍.....	3
二、 保险利益表.....	4
三、 申请加入.....	5
四、 理赔介绍.....	6
五、 保险利益问答.....	8
六、 附件说明.....	13
七、 联系方式.....	18

## 一、项目介绍

据不完全统计，目前，全国共有寺庙 3 万余座，在册佛教教职人员约 24 万，由于受场所位置偏僻，收入较少，对相关政策、医保养老体系的认知不足等因素影响，相当一部分寺庙场所和僧伽个人没有办理社保登记，未按照相关规定缴纳医疗保险和养老保险，一些 60 岁以上的僧伽，因为没有社保账户，医疗和养老方面的需求不能得到及时有效保障。

为了更好的完善僧伽群体医疗养老保障，多位知名居士联合发起僧伽医养计划，依托灵山慈善基金会设立“僧伽医养公益基金”联合社会各界爱心人士助力僧众“疾有所疗，老有所养”。

### 服务内容

- 1、完善社保账户、缴纳医疗保险及养老保险两个险种；
- 2、购买补充医疗保险、给僧人的健康保驾护航；
- 3、定制体检套餐、了解僧众的真实健康状况；
- 4、大病救助、为罹患大病的法师开展募捐；
- 5、组建专业团队、定期义诊、普及医学知识；
- 6、设立“无畏健康医药箱”、给健康多加一重保障；
- 7、提供生活用品、改善僧众的日常生活；
- 8、供养节日礼包、感受节日喜悦。

2018 年，僧伽医养计划已为近 200 家寺院约 6800 位僧人提供医养相关服务。

2019 年“僧伽医养计划”免费为拥有戒牒的 65 岁以下健康僧伽购买补充医疗保险——中意人寿保险有限公司医保补充团体医疗保险（有医保）/中意综合保障团体医疗保险（无医保）及附加住院津贴团体医疗险保险。僧众因疾病或意外住院时，经保险公司审核，每年可理赔最高不超过两万的费用。（包含住院诊疗费、住院前后 7 天内门急诊治疗费及住院津贴）

为方便大家了解，特制订此手册供您详细阅读。

## 二、保险利益表

保额单位：人民币（元）/人/年

险种	保障项目	保障计划
附加住院津贴团体医疗险 保险	意外或疾病住院每日津贴	100
补充医疗保险	住院及门诊合计 年最高赔付限额	20,000
	门诊次赔付限额 (指住院前后 7 天内相关门诊就诊)	300
	社保范围内赔付比例	100%
	住院社保范围外赔付比例	50%
	住院床位费日限额	无

### 温馨提示：

已参加社保的被保险人住院必须先经过社保结算，未参加社保的被保险人住院不要求经过社保结算。

为方便您了解上表内容，请参阅手册第五部分“保险利益及服务问答”

## 三、申请加入

1

微信扫描或搜索关注“无畏健康管理”公众号



申请平台二维码

2

选择补充医疗保险服务完成注册和登录

## 3

## 填写寺院申请信息后添加成员信息



审核结果将以短信的形式通知，审核通过后请将纸质资料邮寄至基金会备案。

资料模板下载处：<http://wuweihuzhu.com/medicalcare>（选择下载补充医疗申请表）

邮寄地址：江苏省无锡市梁溪区通扬南路 251 号 汇普金融大厦 23 层

邮编：214000 联系方式：18106153660

## 四、理赔介绍

如发生医疗费用需要进行报销，可进行线上自助理赔

通过手机微信扫描右侧二维码



### 测试账号和密码

- 账号 18位身份证号
- 密码 身份证号后6位

此初始密码为登录密码，第一次登陆后可在个人中心处设置新密码。



## 首页



### 功能区

- 四大主题：我的保险方案、医疗理赔流程、特色诊疗服务、理赔申请

### 基础功能区

- 首页模块、资讯专区、个人中心

首页

专题页首页

我的保险方案

查看本人保单和保障计划

医疗理赔流程

查看理赔流程

特色诊疗服务

增值服务专区

理赔申请

提交理赔材料

资讯

相关资讯、通知、公示专区

我的

个人中心

## 特色诊疗服务和理赔申请



僧伽在线提交理赔信息：

- 填写理赔材料
- 相关材料拍照上传

- 1、点击【理赔申请】，请填写个人信息并上传理赔材料。理赔所需资料请参考问答第 11 问。
- 2、选择【医疗理赔流程】，可查看理赔流程、理赔所需材料清单、理赔咨询方式，并下载相关文件。保险公司收到平台的完整理赔资料申请后，普通案件10个工作日完成赔付。保险公司通知理赔结果。
- 3、理赔完成后，赔付金额将转账至您提供的银行账号内。如需查看理赔进度可点击【我的】进行查询。

### 线上自助理赔注意事项

- 线上理赔需提供本人的银行收款账号；
- 上传理赔资料请注意完整，避免理赔失败；
- 资料原件请自行保留，保险公司在 2 年内有权向被保险人索要资料原件；
- 若没有个人银行账户，须填写“代领理赔款项委托及声明书”授权书，加盖被保险人手印并经灵山慈善基金会项目人员确认盖章后，可使用所在寺院账号信息为理赔账号。

### 拍照上传注意事项

- 请使用手机自带相机拍摄，美颜等软件图片无法处理；
- 请保证资料拍摄清晰、完整无遮挡；
- 如像素模糊，请调整像素重新拍摄；
- 尽量平铺资料，避免褶皱；
- 完整拍摄整张资料，避免遗漏（如发票号、日期等）；
- 请保证完整上传整套资料。如：连续多页发票，通常标记为第 1 页/第 2 页，请留意完整上传。

### 理赔说明

- 索赔时，须按“**索赔资料要求**”提供索赔资料。
- 为方便核对，填写团险索赔申请表时，须在申请表的上准确注明单据份数及相应的金额。
- 保险公司每次理赔后，您可以主动索要《理赔决定通知书》，包含该次索赔的具体理赔明细。对于部分或全部拒赔的医疗费单据，保险公司将在《理赔决定通知书》上予以说明，您可要求退回未赔付的发票。若被保险人仍有疑问，可根据保险公司联系人目录的指引，向保险公司提出咨询或要求复审。
- 您可以通过保险公司网站(<http://www.generalichina.com>)或者微信公众号（gclife）查询理赔信息。

**索赔周期：**被保险人的门诊医疗费建议您在当次治疗结束后的三个月内索赔；住院费用在出院后六个月内索赔。

## 五、保险利益问答

(本部分请详细参阅“保险利益表”)

### 1. 问：什么是附加住院津贴团体医疗保险？

答：附加住院津贴团体医疗保险是一款针对住院给予补贴的产品。如果被保险人在个人保险期间因疾病或遭受意外伤害事故入住医院接受治疗，保险公司将按该被保险人的个人保险期间内的住院天数乘以保险金额向被保险人给付保险金。如果被保险人入住重症监护病房治疗，则在此期间每日以双倍保险金额向被保险人给付保险金。

### 2. 问：什么是团体医疗保险？

答：本次团体医疗保险福利为各位提供住院的医疗保障。若被保险人在个人保险期间内，因**意外伤害事故**或因**疾病导致住院**（拓展住院前后7天的相关疾病门诊责任），对于在治疗期间发生的合理且必须的医疗费用，保险人按本批注保险计划明细表约定的赔付方式进行赔付。

### 3. 问：我有没有社会基本医疗保险与我的团体医疗保险福利有什么关系？

答：对于有社会基本医疗保险（简称社保）的被保险人将参加计划一，在住院时必须使用医保卡进行结算后，保险公司将按照约定的方式和比例进行赔付。如果发生异地住院的情况，必须在医保所在地进行医保统筹结算后，再向中意人寿索赔。

对于没有社保的被保险人将参加计划二，在住院时不要求使用医保卡，可直接向保险公司申请索赔，保险公司将按照约定的方式和比例进行赔付。

### 4. 问：什么是门诊次赔付限额？

答：门诊是指当次住院前后7天内的相关疾病门诊就诊。次赔付额是指一次门诊发生的医疗费用通过团体商业医疗保险可报销的上限（即300元/次）。

### 5. 问：如何理解保险利益表内的赔付比例？

答：社保范围内是指纳入当地社保目录内的治疗项目，社保范围外是指未纳入当地社保目录内的项目。

门诊/住院的不同赔付比例如下：

门诊 (指住院前后7天内与住院同一病症接受的门急诊)	社保范围内(甲乙类)	100%
	社保范围外(丙类)	50%
住院	社保范围内(甲乙类)	100%
	社保范围外(丙类)	50%

温馨提示：以下六大类药品不包含在上述赔付范围内：

- A. 主要作用为营养滋补品或保健药品，如维生素E、十全大补丸（膏）、人参等；
- B. 可以入药的动物及动物脏器，如狗宝、鹿茸、紫河车等；



- C. 用中药饮片泡制的酒制剂，如杜仲酒、虎骨酒等；
- D. 各种药品的果味制剂和口服泡腾制剂，如果味维生素 C、阿斯匹林泡腾片等；
- E. 各种提高免疫力的血液制品，如丙种球蛋白等。
- F. 增肥、减肥类药品。

**6. 问：每次开药有药量限制吗？**

答：急诊一次性开药不超过三天；出院带药及出差带药不超过十四天。

**7. 问：请问能在哪些医院看病？**

答：中国大陆境内医保认可的二级及二级以上、县级或县级以上医保定点医院。此处不包括这些医院的外宾门诊、外宾病房、特需门诊、特需病房、干部门诊、高干病房等同类医疗场所。作为康复医院、不对外开放的职工医院、联合诊所、民办医院、诊所、护理、疗养、戒酒、戒毒或类似的医疗机构均不属于本合同的医院范围。

**8. 问：什么是预约挂号服务以及在线问诊服务？**

答：预约挂号是商业团体医疗险提供的增值服务之一，合作的医院覆盖全国 23+省市，1900+重点医院，20 万+重点医院专家，助您实现足不出户方便快捷。您可以使用线上平台进行网上预约挂号。在线问诊服务是商业团体医疗险提供的增值服务之一，可以随时随地通过在线平台，问诊在线医生（均是三甲坐诊医生），进行健康咨询。快捷获取多方诊疗意见，咨询次数不限。

**9. 问：住院津贴团体医疗保险中有哪些情况是不能获得补偿的？**

答：对任何在下列期间发生的或由下列原因之一导致的被保险人住院，保险公司不负保险责任：

- (一) 被保险人自参加保险合同当日起之前的 180 天内，曾接受治疗、诊断、会诊或服用处方药物的疾病，病症或伤害；
- (二) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- (三) 被保险人未经医师处方注射、吸食、服用毒品或处方药品；
- (四) 被保险人故意自伤、故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；
- (五) 被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶或驾驶无有效行驶证的机动车；
- (六) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病；
- (七) 先天性畸形、变形或染色体异常、遗传性疾病及精神疾病、性传播疾病、蛋白粒子病（包括疯牛病等）、性功能异常、不孕不育；
- (八) 妊娠、分娩、流产、节育、避孕、辅助生育技术（包括但不限于人工受精、应用促排卵药、胚胎移植或配子输卵管移植）及应用辅助生育技术后发生的异位妊娠，戒毒、戒酒、戒烟、疗养、整容、美容、变性、包皮环切、视力矫正，被保险人献血、捐赠骨髓或任何人体器官、组织；
- (九) 被保险人以职业运动员身份参加的运动；或参与可获得报酬的运动；或者参加以下项目的竞赛、表演或专业训练：赛马、马术、马球、机动车、自行车、赛艇、滑板、冲浪、滑水、跳

水、潜水、跳高滑雪、雪橇、滑冰、冰球、拳击、武术、摔跤；或参加攀岩、攀登海拔 3500 米以上独立山峰、滑翔翼、气球驾驶、跳伞、空中飞行（不包括以乘客身份乘坐作为公共交通工具的民航班机）、蹦极跳；或参加洞穴、极地、沙漠、火山、冰川等探险和考察；

(十) 核爆炸、核辐射、核污染、战争、军事冲突、暴乱、武装叛乱。

#### 10. 问：我想知道在哪些情况下，医疗费用不会获得赔偿？

答：关于您本人的医疗险责任免除如下：

保险公司对因下列原因之一而导致的医疗费用，不负给付保险金的责任：

- 1) 被保险人自参加本合同当日起之前的 180 天内，曾接受治疗、诊断、会诊或服用处方药物的疾病，病症或伤害（续保除外）；
- 2) 先天性畸形、变形或染色体异常、遗传性疾病及精神疾病、性传播疾病、蛋白粒子病（包括疯牛病等）、性功能异常、不孕不育；
- 3) 下列药品或诊疗项目：
  - (1) 任何免疫疫苗及调节性功能的药品；
  - (2) 节育、避孕、辅助生育技术（包括但不限于人工受精、应用促排卵药、胚胎移植或配子输卵管移植）及应用辅助生育技术后发生的异位妊娠；
  - (3) 戒毒、戒酒、戒烟、疗养、整容、美容、变性、包皮环切、视力矫正，被保险人献血、捐赠骨髓或任何人体器官、组织。
- 4) 被保险人因交通事故、医疗事故或者其他责任事故造成伤害的，当地社保已经给予统筹支付的除外；
- 5) 被保险人故意自伤、故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；
- 6) 被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶，或驾驶无有效行驶证的机动车；或驾驶证被当地交通管理部门暂扣期间；
- 7) 被保险人未经医师处方注射、吸食、服用毒品或处方药品；
- 8) 被保险人感染艾滋病病毒（HIV）或患艾滋病；
- 9) 被保险人以职业运动员身份参加的运动；或参与可获得报酬的运动；或者参加以下项目的竞赛、表演或专业训练：赛马、马术、马球、机动车、自行车、赛艇、滑板、冲浪、滑水、跳水、潜水、跳高滑雪、雪橇、滑冰、冰球、拳击、武术、摔跤；或参加攀岩、攀登海拔 3500 米以上独立山峰、滑翔翼、气球驾驶、跳伞、空中飞行（不包括以乘客身份乘坐作为公共交通工具的民航班机）、蹦极跳；或参加洞穴、极地、沙漠、火山、冰川等探险和考察；
- 10) 核爆炸、核辐射、核污染、战争、军事冲突、暴乱、武装叛乱；
- 11) 在中国境外及港、澳、台地区接受治疗（突发急性病住院除外）。

## 11. 问：保险索赔需要哪些资料？

答：理赔所需理赔汇总如下：

理赔材料	门急诊	住院
《团险理赔申请表》	√	√
医疗费收据（发票）原件	√	√
费用明细清单复印件	√	√
病历复印件	√	√
检查报告复印件	√	√
身份证（正、反面）复印件（单次理赔超过 1 万元需提供）		√
入院记录、出院小结、诊断证明等医疗诊治资料复印件		√
医保结算单原件		√
其他与保险事故相关的资料 （如：交通事故等需提供交警部门开具的交通意外事故证明等）	√	√

### 住院医疗保险索赔：

- 1) 团险索赔申请表；
- 2) 入院前后 7 天内的门诊病历复印件（必要时，保险公司有权要求被保险人提供原件）；
- 3) 出院小结：含出入院诊断、入院后主要诊疗过程、出院时恢复情况等；
- 4) 各种检查化验报告单复印件（必要时，保险公司有权要求被保险人提供原件）；
- 5) 医疗收据（发票）原件，若多方索赔时需提供索赔方已报金额的证明及收据复印件；
- 6) 住院费用明细表：指住院期间各项费用明细，若医院无法提供此资料，需提供长期医嘱和临时医嘱；**若跨保单年度住院，仍需提供每日费用清单；**
- 7) 门诊费用明细：如有门诊费用，需提供票据对于的费用明细清单（含具体药品/检查/治疗等的具体名称/单价/数量）
- 8) 其它保险公司认为在必要时需提供的单证。

温馨提示：住院费用的赔付需经社保结算后，再到我司申请索赔，有以下三种情况：

**情况一：**直接使用医保卡住院，出院缴费直接通过医保卡结算，请留意如下：

请提供收据（盖章原件）——正规收据指（有财政部监制章或地税局章），另外收据必须盖医院收费章；

请提供社保结算单盖章原件（由医院出具）；

**情况二：**异地住院或者住院时未使用医保卡结算，请在出院后尽快到您医保所在地的社保局结算后再到我司理赔，请留意如下：

请将收据预先复印一份，因社保局会收走原件，并将收据复印件加盖社保局原章给到我司；

请提供社保结算单盖章原件（社保局会提供）。

**情况三：**住院如已经在其他第三方机构结算（如农村合作医疗，保险机构），则需提供第三方机构的结算清单或理赔通知书盖章原件，同时提供发票复印件（加盖第三方机构分割章）。

**住院津贴保险金索赔(如已提交住院医疗费索赔, 无需另外提交津贴申请):**

- 1) 团险索赔申请表;
- 2) 发票复印件以及出院小结;
- 3) 如果申请重症监护津贴保险金还需提供重症监护病房记录及收费证明;

**12. 问: 对索赔单据有些什么具体规定呢?**

答: 1) 索赔时所提供的病历复印件必须符合以下标准:

- 病历上清晰注明病情、检查、治疗、用药及剂量
- 病历上的记录与收据上的收费的项目相符
- 病历上的诊病日期须与收据上的日期一致 (特殊原因请用文字说明)

- 2) 医疗卫生收费统一收据上应有医院收费章及财政监制专用章;
- 3) 收据上的姓名无误, 若有误必须由医院更正后在修改处加盖医院收费章。

**13. 问: 保险公司在什么时候能将我的医疗费用赔出呢?**

答: 保险公司在自收到赔付申请之日起, 对符合索赔要求 (事实清楚、资料齐备、责任明确) 的索赔, 保险公司在 **10 个工作日内** 完成赔付。

对有争议的索赔, 在与被保险人协商达成一致后的 10 个工作日内将赔款划出。

如果您有任何问题, 请随时与我们联系, 保险公司的工作人员将竭诚为您服务, 如有任何意见或建议, 欢迎随时提出。

## 六、附件说明

### 附件 2: 团险索赔申请表

#### 团 险 索 赔 申 请 表 (门诊与住院适用)

投保单位\* (必填): 灵山慈善基金会

##### 第一部分: 一般资料

被保险人姓名\* (必填): \_\_\_\_\_ 所在城市\* (必填): \_\_\_\_\_

身份证号码\* (必填): □□□□□□□□□□□□□□□□□□

联系方式\* (必填) 办公电话: \_\_\_\_\_ 手机号码: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

##### 第二部分: 银行信息 (需为被保险人本人的账号) \*若没有个人银行账户, 须补充授权书, 填写所在寺院账号信息

户名: \_\_\_\_\_ 账号: \_\_\_\_\_

开户银行名称: \_\_\_\_\_ 开户行所在省市: \_\_\_\_\_

##### 第三部分: 就诊详情记录\* (必填)

费用类别填写: 1-门诊; 2-住院; 3-意外; 4-其它

就诊日期	费用类别	病因	就诊医院	收据数量	其它单证、文件	发生金额

合计: 索赔收据数量: \_\_\_\_\_ 张 索赔总金额: 门诊费用: ¥ \_\_\_\_\_ 住院费用: ¥ \_\_\_\_\_

若是意外引起的医疗费用, 请仔细阅读索赔资料参照表, 准备相应资料。

意外发生的时间: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 时 发生地点: \_\_\_\_\_

是否需要开具理赔分割单? 需要 (请自行留存资料复印件) 不需要

##### 第四部分: 温馨提示

若本次索赔的医疗费用收据原件需提交给其它机构进行赔付, 请先行到其它机构索赔, 并保留医疗收据复印件; 持其它机构出具的给付分割单原件及对应的医疗单证复印件到中意人寿索赔。若选择先到中意人寿索赔, 请自行保存医疗单证复印件, 本公司可提供理赔分割单 (理赔决定通知书) 及加盖已赔付章的收据复印件。

若本次索赔的医疗费用收据原件需提交给其它机构进行赔付, 请先行到其它机构索赔, 并保留医疗收据复印件; 持其它机构出具的给付分割单原件及对应的医疗单证复印件到中意人寿索赔。若选择先到中意人寿索赔, 请自行保存医疗单证复印件, 本公司可提供理赔分割单 (理赔决定通知书) 及加盖已赔付章的收据复印件。

##### 反 保 险 欺 诈 提 示

诚信是保险合同基本原则, 涉嫌保险欺诈将承担以下责任:

[ 刑事责任 ] 进行保险诈骗罪活动, 可能会受到拘役、有期徒刑, 并处罚金或者没收财产的刑事处罚。保险事故的鉴定人、证明人故意提供虚假的证明文件, 为他人诈骗提供条件的, 以保险诈骗罪的共犯论处。

[ 行政责任 ] 进行保险诈骗活动, 尚不构成犯罪的, 可能会受到 15 日以下拘留、5000 元以下罚款的行政处罚; 保险事故的鉴定人、证明人

故意提供虚假的证明文件, 为他人诈骗提供条件的, 也会受到相应的行政处罚。

[ 民事责任 ] 故意或因重大过失未履行如实告知义务, 保险公司不承担赔偿或给付保险金的责任。

### 被 保 险 人 声 明 及 授 权

1. 本人经过仔细审阅后确认上述所填内容、答案及与之有关的资料均为本人亲自提供。
2. 上述各项内容、答案及与之有关的资料均为完整并确实无误，本人并无隐瞒或遗漏。
3. 本人授权任何医生、医院、诊所、保险公司、公安机关、任何公立或私立的组织单位，在任何时候均可以将有关被保险人的资料、报告或文件交给中意人寿保险有限公司及其代表，此授权书的副本与正本具有同样效力。
4. 本人同意中意人寿保险有限公司将有关被保险人的资料用于保险、再保险、数据处理及统计事宜。
5. **本人同意中意人寿保险有限公司将本次医疗费用理赔款项支付至投保单位提供的本人或主被保险人的银行账户，并将视为本人已收到该笔赔医疗费用偿款项。**

签名前请再次核对所填资料是否正确无误，所有必填项是否已完整填写。

\_\_\_\_\_  
出险人签名\* (必填)

\_\_\_\_\_  
出险人联系电话 \* (必填)

\_\_\_\_\_  
日期\* (必填)

CLM2009-03

(出险人为未成年人，请其监护人签名)

---



## 附件 2：团险索赔申请表样本（供参考个例）

### 团 险 索 赔 申 请 表（门诊与住院适用）

投保单位\*（必填）： 灵山慈善基金会

<b>第一部分： 一般资料</b>						
被保险人姓名*（必填）： 张三		所在城市*（必填）： 北京				
身份证号码*（必填）： 440301198102210013						
联系方式*（必填） 办公电话：		手机号码： 13888888888		E-mail： 13888888888@136.com		
<b>第二部分： 银行信息（需为被保险人本人的账号）</b>						
户名： 张三		账号： 6224*****090				
开户银行名称： 招商银行		开户行所在省市： 北京市				
<b>第三部分： 就诊详情记录*（必填）</b>						
费用类别填写： 1-门诊； 2-住院； 3-意外； 4-其它						
就诊日期	费用类别	病因	就诊医院	收据数量	其它单证、文件	发生金额（账单总金额）
2018. 06. 01 - 2018. 06. 15	2	意外摔伤	北大医院	1	病历复印件 2 张	200.00
合计： 索赔收据数量： 1 张      索赔总金额： <input type="checkbox"/> 门诊费用： ¥ <input checked="" type="checkbox"/> 住院费用： ¥7000.00						
若是意外引起的医疗费用，请仔细阅读索赔资料参照表，准备相应资料。						
意外发生的时间： 2018 年 6 月 1 日 10 时      发生地点： 北京						
是否需要开具理赔分割单？ <input type="checkbox"/> 需要（请自行留存资料复印件） <input type="checkbox"/> 不需要						
<b>第四部分： 温馨提示</b>						
若本次索赔的医疗费用收据原件需提交给其它机构进行赔付，请先行到其它机构索赔，并保留医疗收据复印件；持其它机构出具的给付分割单原件及对应的医疗单证复印件到中意人寿索赔。若选择先到中意人寿索赔，请自行保存医疗单证复印件，本公司可提供理赔分割单（理赔决定通知书）及加盖已赔付章的收据复印件。						
<b>反 保 险 欺 诈 提 示</b>						
诚信是保险合同基本原则，涉嫌保险欺诈将承担以下责任：						
[ 刑事责任 ] 进行保险诈骗罪活动，可能会受到拘役、有期徒刑，并处罚金或者没收财产的刑事处罚。保险事故的鉴定人、证明人故意提供虚假的证明文件，为他人诈骗提供条件的，以保险诈骗罪的共犯论处。						
[ 行政责任 ] 进行保险诈骗活动，尚不构成犯罪的，可能会受到 15 日以下拘留、5000 元以下罚款的行政处罚；保险事故的鉴定人、证明人故意提供虚假的证明文件，为他人诈骗提供条件的，也会受到相应的行政处罚。						
[ 民事责任 ] 故意或因重大过失未履行如实告知义务，保险公司不承担赔偿或给付保险金的责任。						
<b>被 保 险 人 声 明 及 授 权</b>						
1. 本人经过仔细审阅后确认上述所填内容、答案及与之有关的资料均为本人亲自提供。						
2. 上述各项内容、答案及与之有关的资料均为完整并确实无误，本人并无隐瞒或遗漏。						
3. 本人授权任何医生、医院、诊所、保险公司、公安机关、任何公立或私立的组织单位，在任何时候均可以将有关被保险人的资料、报告或文件交给中意人寿保险有限公司及其代表，此授权书的副本与正本具有同样效力。						
4. 本人同意中意人寿保险有限公司将有关被保险人的资料用于保险、再保险、数据处理及统计事宜。						
5. 本人同意中意人寿保险有限公司将本次医疗费用理赔款项支付至投保单位提供的本人或主被保险人的银行账户，并将视为本人已收到该笔赔医疗费用偿款项。						

签名前请再次核对所填资料是否正确无误，所有必填项是否已完整填写。

张三

13888888888

2018.06.15

出险人签名\* (必填)

出险人联系电话 \* (必填)

日期\* (必填)

GLM2009-03

(出险人为未成年人，请其监护人签名)





### 附件 3：代领理赔款项委托及声明书

若没有个人银行账户，须填写“代领理赔款项委托及声明书”授权书，加盖被保险人手印并经灵山慈善基金会项目人员确认盖章后，可使用所在寺院账号信息为理赔账号。

## 代领理赔款项委托及声明书

致中意人寿保险有限公司深圳分公司：

现本人 \_\_\_\_\_ 委托授权贵公司通过银行转账给付保险金，将本人 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日（需与理赔申请日期一致）提交的理赔申请的全部理赔款（保单号为 \_\_\_\_\_）转入至以下账户内：

- 户名：
- 账户号码：
- 开户名称：
- 开户行所在省市：

#### 委托须知：

- 1、本委托书在保险金受益人亲笔签名后生效，由其他人员代签均属无效；
- 2、保险人一旦将理赔金成功转账至上述账户，则视为委托人申请的本期保险理赔金支付完成，若委托转账至第三方账户，账户所有人与授权人之间产生纠纷而给委托人带来损失时，将由委托人自行承担由此引起的相关责任；
- 3、若委托授权转账至投保单位账户时，投保单位需对上述转账信息核实并盖章确认，如因本次转账授权引发的纠纷和损失由委托人和投保单位共同承担责任。

#### 委托人声明：

- 1、本人已知悉相关保险权益，仔细阅读并理解了“委托须知”内容，完全同意“委托须知”的相关事项；
- 2、本人已仔细核对上述转账信息，确认无误，并同意保险金按照委托书的银行账号予以支付。如因本次转账委托授权引发的纠纷或损失由本委托人承担全部责任；

委托人（声明人）签名： \_\_\_\_\_ （需盖手印）

身份证号码： \_\_\_\_\_ 投保单位盖章： \_\_\_\_\_

委托人联系电话： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

## 七、联系方式

### 保险咨询

中意人寿保险有限公司服务热线：400-888-7555

联系人：吴嘉丽

电话：0755-33383388

传真：0755-33386555

邮箱：Kelly.wu@generalichina.com

官网：[www.generalichina.com](http://www.generalichina.com)

APP：掌上中意

微信公众号：中意人寿 (gclife)

地址：深圳市福华一路 6 号免税商务大厦 15 楼（邮编：518000）

### 项目咨询

联系方式：无畏君 180—1835—6103

僧伽医养计划办公室：400—089—0860

基金会地址：江苏省无锡市梁溪区通扬南路 251 号 汇普金融大厦 23 层（邮编：214000）