



复星联合健康保险

服务指南

员工综合福利保障计划

目录

目录.....	1
关于我们.....	2
保全作业.....	3
理赔服务.....	5
发票信息.....	7
附件一《团体保险合同变更申请书》.....	8
附件二《常规医疗理赔申请书》.....	9
附件三《身故、伤残及重疾理赔申请书》.....	10
附件四《委托付款承诺函》.....	11

关于我们

感谢您选择复星联合健康保险股份有限公司（以下简称“复星联合健康”）为您提供员工综合福利保险计划。

复星联合健康保险股份有限公司（以下简称“复星联合健康保险”）由复星集团等六家股东共同发起设立。复星联合健康保险以健康发展、创新驱动、特色经营、体验至上为宗旨，专业提供健康保障及管理服务。立足保险消费者需求，复星联合健康保险创新推出各类医疗保险、疾病保险、失能收入损失保险、护理保险、意外保险业务，为客户提供优质的全生命周期产品，建立贴心的全流程服务体系。



我们的发展愿景

嫁接复星全球产业资源
为**中国家庭**客户和**企业**客户
提供全流程健康管理及医疗保障整合解决方案的**健康服务集团**
成为中国健康保险的**领军者**



保全作业

一、 加减人保全

依照保网线上加减人通用流程和时效即可，注意整张保单减保最终剩余人数不低于 5 人。

二、 非加减人保全

1、 所需材料

a. 附件一《团体保险合同变更申请书》，勾选具体保全项目填写保全内容，并加盖投保单位公章。

b. 对应保全其他需材料。（如被保险人名字变更，需同时附上对应变更人身份证复印件等）

注意：对应的保全其他所需材料，会根据实际情况厘定。《团体保险合同变更申请书》必须盖有投保人公章。

2、 保全处理时效

a. 保险公司收到完整且无误的资料后，T+1 工作日内处理完成。

b. 受理扫描件资料，但申请资料原件需于 10 个工作日内寄送至保险公司。如 10 个工作日内未补充申请资料原件，则本次保全申请作废处理。

注意：如申请单位有在途处理流程（如增人未缴费），需在缴费生效后方可处理下一保全申请。

3、 申请方式与寄件详情

非加减人保全申请，需按照保险公司要求进行申请，邮件格式要求如下：

申请邮件主送至保司保全固定邮箱（gdtx@fosun-uhi.com），并同时抄送对接人邮箱（tangyan@fosun-uhi.com）

邮件主题：【单位全称】+【保全项目】的申请资料

邮件内容：写明生效日期，通常最早只能发送邮件的次日

邮件附件：申请资料的清晰扫描件、清单等

盖章原件等资料寄送信息：

地址：广州市天河区华穗路 406 号之一 17 楼 01-03 单元（写字楼名称：中景 B 座）

联系人：唐燕 13926061879

注意：申请资料原件寄送时，需进行邮件通知报备，报备格式如下：

收件人：gdtx@fosun-uhi.com

抄送人：tangyan@fosun-uhi.com

邮件主题：【单位全称】的申请资料邮寄信息

邮件内容：【快递单号】+【变更内容】

邮件附件：【申请资料原件扫描件】

4、整单退保所需材料

- a. 《团体保险合同变更申请书》，需盖上投保单位公章。
- b. 保险合同及发票原件。
- c. 退款账号信息，建议直接提供对公账户，如退款至新单缴款个人账户，则需要提供转款人身份证正反面、银行卡正反面、新单保费转账凭条以及新单转账时单位的转账授权书《附件四》。

处理时效：资料齐全寄至保险公司后，退费时效为 T+5 个工作日，节假日顺延。

理赔服务

一、在线理赔

我们为您提供便捷的在线理赔服务，以下类型的理赔案件可在线理赔：

序号	案件类型
1	门急诊医疗费用案件
2	住院医疗费用案件
3	住院津贴案件

注意：在线理赔限额为 1500 元。在线理赔不适用身故、伤残、重大疾病等类型案件。具体操作流程详见附件四《线上理赔操作指引》。

二、线下理赔

所需资料资料一览

编号	申请材料	备注
1	理赔申请书	由申请人本人填写、签字。
2	保险合同	涉及多份保单需同时递交。
3	有效身份证明	被保险人及受益人或继承人的有效身份证明。
4	医疗费用收据原件及费用明细清单	门诊：门诊发票、门诊费用明细清单住院：住院发票、费用明细清单
5	门（急）诊病历、出院小结	门诊：应记录有主要症状、体征、诊断、诊疗意见、用药等住院：有完整住院记录的出院小结
6	病理、及其他检查、化验报告	需提供完整的病理、检查、化验报告
7	伤残鉴定书	我公司认可的专业鉴定机构所提供的鉴定报告
8	意外事故证明	根据事故性质、类型、事故处理机构不同，应提交相应事故处理机构出具的意外事故证明
9	死亡证明书	由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死亡证明
10	户籍注销证明	由公安部门出具的户籍注销证明
11	继承人与被保险人关系证明	继承人与被保险人关系的证明文件，如：结婚证、出生证等
12	受益人银行账户	受益人或其监护人所持有的本人有效银行账户
13	合法继承权证明文件	确定合法继承权的文件，如：公证书、法院判决书或其他有效证明文件
14	生育登记证	生育登记证
15	生育病历资料	首次确诊病历资料及分娩/终止妊娠的住院病历资料

对应申请事项所需资料

索赔事项	应备材料编号
意外身故保险金申请	1、2、3、8、9、10、12
疾病身故保险金申请	1、2、3、9、10、12
疾病残疾保险金申请	1、2、3、5、6、7、12
重大疾病保险金申请	1、2、3、5、6、12
医疗费用保险金申请（门诊、住院）	1、2、3、4、5、6、12
医疗费用保险金申请（生育）	1.2.3.12.14.15

（温馨提示：以上理赔单据模板可通过本公司官方网站下载：<http://www.fosun-uhi.com/PolicyService/DocumentDownload/>）

员工综合福利保障计划

- ✓ 理赔申请书须由索赔申请人本人使用黑色水笔或钢笔亲笔填写、签署，不得涂改；
- ✓ 受益人委托他人办理的，须提交由本人签署的《理赔委托授权书》及受托人有效身份证件；
- ✓ 索赔申请人为被保险人的继承人的，除申请人有效身份证明外，须额外提供 11、13 项申请材料；
- ✓ 索赔申请为监护人代为办理的，须提供监护人有效身份证明及具有合法监护权的证明，并由监护人在索赔申请人处签字（注明代签）；
- ✓ 依照保险法规定，索赔申请人有义务真实地提供与确认事故地性质、原因、损失程度等相关的证明和资料。若伪造或删改申请文件，您的权益将会受到影响；情节严重的须负相应的法律责任；
- ✓ 我们在理赔审核时可能会根据个案情况，请您协助递交与确认保险事故性质、原因、伤害程度等有关的其他证明文件和资料。

发票信息

一、 开票信息资料

普票：提供投保人全称、保单号码和开票金额即可；

专票：提供投保人全称、保单号码、开票金额、统一社会信用代码、地址、电话、开户行、开户银行账号，并同时提供收件信息以便寄送。

注意：请确定开票类型，一经开票，恕不更改。

二、 开票时效

增值税专票：时效 T+5 工作日，周六日顺延。

增值税普票：时效 T+3 工作日，周六日顺延。

保网客服以邮件的形式进行发票申请，我司处理完毕后，普票以邮件的方式电子配送，专票以快递的方式配送。

三、 开票报备邮件格式

1、开票信息接收邮箱：tangyan@fosun-uhi.com

2、邮件主题：保网+开票单位名称+普票/专票申请

3、邮件内容：对应开票信息资料。

员工综合福利保障计划

附件二 《常规医疗理赔申请书》



复星联合健康保险股份有限公司
Fosun United Health Insurance Co., Ltd.

常规医疗理赔申请书

出险人基本信息

投保人：广州市从化区江埔街道办事处 保单号：Q99200000001772 是否报案： 普报案 未报案

第一部分 客户申请资料

出险人姓名：_____ 证件类型：_____ 证件号码：_____ 工作单位/职务：_____ 联系电话：_____ 联系地址：_____

如申请人与出险人系同一人的，则无须填写本部分：

申请人姓名：_____ 证件类型：_____ 证件号码：_____ 联系地址：_____ 联系电话：_____ 申请人身份： 指定受益人 受益人监护人 法定受益人 受益人委托他人（填写授权委托书）

第二部分 理赔事项

理赔类型： 住院费用 门诊费用 津贴 生育 健康检查 眼科 齿科 其他

（注：相应理赔申请资料请按诊治日期、诊治顺序依次装订在本申请书后，勿粘贴；若需要退发票，请注明并提供相应发票复印件。）

就诊日期	就诊医院	就诊原因	发票张数	发票总金额	补充说明
			合计 张	合计 元	

第三部分 银行转账信息（若为转账且同投保时所提供的账户信息，无须填写本部分）

本人同意授权委托复星联合健康保险股份有限公司将此次理赔申请的给付/理赔款项，划入以下指定账户：

开户行：_____ 银行 _____ 分行/支行 _____ 户名：_____ 银行卡号：_____

若户主非被保险人或受益人本人，请说明原因：_____

申请人声明与授权

- 本人已仔细阅读《反保险欺诈提示》，上述各项填报和本人提供的一切资料，均完全属实，如虚假或隐瞒，本人愿承担相应责任。
- 本人授权任何知情的单位和个人均可向复星联合健康保险股份有限公司（以下简称“贵公司”）提供与本理赔申请有关的一切资料。此授权书的正本正本与副本具有同样效力。
- 本人同意贵公司向医疗及其他有关单位和个人调阅、摘抄、复印与本理赔申请相关的资料。
- 本人同意贵公司将有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。
- 本人清楚明白贵公司的赔付款项一经过银行成功转账在本理赔申请表所指定的帐户，将视为本人已收到该笔赔偿款项。

1. 银行卡信息需填写清晰

*申请人签名：_____ *签署日期：_____

2. 申请人签名

总公司地址：广东省广州市天河区林和东路海航大厦2401-5单元（510000） 服务电话：4006-11-7777

员工综合福利保障计划

附件三《身故、伤残及重疾理赔申请书》



复星联合健康保险股份有限公司

CF002

Fosun United Health Insurance Co., Ltd.

身故、伤残及重疾理赔申请书

保险单号码: Q99200000001772 投保人/单位: 广州市从化区江埔街道办事处 是否报案: 曾报案 未报案

第一部分: 出险人与申请人信息

出险人姓名: _____ 证件类型: _____ 证件号码: _____
工作单位/职务: _____ 联系电话: _____
联系地址: _____

(注: 如果申请人为出险人本人, 无需填写申请人栏)

申请人姓名: _____ 证件类型: _____ 证件号码: _____
联系地址: _____ 联系电话: _____
申请人身份: 指定受益人 受益人监护人 法定受益人 受益人委托他人(填写授权委托书)

第二部分: 索赔项目

意外伤残 意外身故 疾病身故 重大疾病 疾病全残 其它: _____

第三部分: 保险金领款账号

申请人授权复星联合健康保险股份有限公司(以下称“贵公司”)将赔付款项划入本人已在贵公司指定的银行账户

因在贵公司无指定的银行账户, 现本申请人递交银行卡复印件, 并授权贵公司将赔付款项划入以下银行账户:

开户行: _____ 银行 _____ 分行/支行 户名: _____ 银行卡号: _____

若户主非被保险人或受益人本人, 请说明原因: _____

第四部分: 出险原因为意外、身故和疾病全残时适用

1. 出险原因: 意外 疾病 2. 出险/住院时间: _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 时
3. 出险地点: _____ 省 _____ 市 _____ 区/县
4. 事故是否经公安、交警、劳动、卫生部门或其他部门处理? 是(请提供) 否
5. 事故说明(请简述出险原因及经过): _____

第五部分: 出险原因为重大疾病时适用

1. 疾病诊断: _____ 2. 首次确诊日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日
3. 医院名称: _____
4. 诊疗经过: _____

第六部分:

如因本事故向其他保险机构索赔, 请告知: 机构名称: _____ 险种: _____
索赔项目: _____ 赔付金额: _____

声明及授权

- 本人已仔细阅读《反保险欺诈提示》, 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。
- 上述各项内容、答案及与之有关的资料均完整并确实无误, 本人并无隐瞒或遗漏。
- 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、报告或文件交给复星联合健康保险股份有限公司(以下简称“贵公司”)及其代表, 此授权书的副本与正本具有同样效力。
- 本人同意贵公司将有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。
- 本人清楚明白并同意赔付款项一经通过银行或第三方支付机构成功划入本人账号, 即视为本人已收到该笔赔付款项。
- 领取保险金后, 如有其他身故保险金受益人或法定继承人与贵公司发生争议或纠纷的, 本申请人无条件全额返还给予本人的款项予贵公司, 一切法律责任及费用将由本申请人承担, 与贵公司无涉。

签名前请再次核对所填资料是否正确无误

申请人签名 _____ 日期 _____

总公司地址: 广东省广州市天河区林和东路海盈大厦 2401-5 单元 (510000)
服务电话: 4006-11-7777

附件四 《委托付款承诺函》


FOSUN HEALTH 复星联合健康保险
 复星联合健康保险

委托付款承诺函
Letter of Payment Undertaking

加盖公章

委托人: Client:	委托人证件类型/证件号: Client' s ID Type/Number:
单位全称	统一信用代码
委托人住址: Client' s Adress:	联系电话: Client' s Contact Number:
单位营业执照注册地址	
受托人1: Trustee 1:	受托人证件类型/证件号: Trustee' s ID Type/Number:
受托转账人	转账人证件号
受托人住址: Trustee' s Adress:	联系电话: Trustee' s Contact Number:
受托人2: Trustee 2:	受托人证件类型/证件号: Trustee' s ID Type/Number:
受托人住址: Trustee' s Adress:	联系电话: Trustee' s Contact Number:



致：复星联合健康保险股份有限公司广东分公司

To: Fosun United Health Insurance Company Guangdong Branch

转账时间

委托人作为投保人于 2020年11月10日 向复星联合健康保险股份有限公司（下称“贵公司”）购买了 团体意外 险种的保险产品，保险单号/投保单号为：_____，每期保险费共计人民币 XXXXX 元，交费方式为 银行转账。On 2020 (D) / _____ (M) / _____ (Y), the Client purchases an insurance product named from Fosun United Health Insurance Company XX Branch (hereinafter “Your Company”), of which the insurance contract number is _____, total premium of each installment is _____, and the payment duration is _____ year.

转账金额

现委托人与受托人就受托人代委托人支付上述保险合同的保险费事宜共同向贵公司做出如下承诺：

Regarding the matters in relation to the Trustee’s payment of premiums on behalf of the Client under the abovementioned insurance contract, the Client and the Trustee jointly and collectively make the following undertakings to Your Company:

一、委托权限：受托人同意接受委托人委托，代为支付与上述保险合同相关的首期保险费、续期保险费以及其他保险费用，所有款项由受托人通过转账方式缴付予贵公司。

Scope of authority: The Trustee hereby expressly accepts the Client’s delegation and will pay on the Client’s behalf the initial premium, renewal premium, and all other insurance-related expenses in connection with the insurance contract mentioned above. All payments will be made by transferring through the Trustee’s banking account to Your Company’s banking account.

二、所有与上述付款安排相关的税务问题应由受托人与委托人负责解决；受托人与委托人应依法申报、缴纳所有税务事宜；所有税务相关的法律责任均由受托人与委托人连带承担，贵公司不承担任何责任。

The Trustee hereby acknowledges and confirms that the Trustee and the Client shall be the sole parties to be responsible for solving all taxation-related issues in connection with the payment arrangement mentioned above. The Trustee and the Client shall make all taxation-related declaration and pay all relevant taxes in accordance with applicable laws and regulations. The Trustee and the Client shall always be the sole parties to be responsible for all taxation-related obligations and responsibilities and be jointly and severally responsible for holding Your Company harmless from any such obligations and responsibilities.

三、受托人仅代为支付保险费，与保单相关的所有权利和义务仍由委托人行使和承担。但如果因该保单发生任何退费，保单所有的退费都应由贵公司退回至受托人的原付款户。

The sole responsibility of the Trustee under the insurance contract is to pay premiums and insurance-related expenses on the Client’s behalf. All the legal rights and obligations in connection with the insurance contract shall remain to be carried out and undertaken by the Client. However, if any fee of the policy needs



to be refunded, the entire amount of money to be refunded by Your Company shall be paid back to the original payment account of the Trustee.

四、上述保险合同在保险期间内委托人与受托人均不得申请保单借款。

The Client and Trustee acknowledge and confirm that any policy-related loan under the insurance contract mentioned above shall be prohibited for the entire duration of the insurance contract.

委托期间: **自2020年11月10日至2021年11月09日**

Authorize period: From _____ (D) / _____ (M) / _____ (Y) to _____ (D) / _____ (M) / _____ (Y)

委托期限

本函的中英文版本如有不一致之处时, 则应以中文版本为准。本函适用中华人民共和国法律进行解释。与本函有关的任何争议应向中华人民共和国法院提起诉讼。

In the case of any inconsistency, if any, between the Chinese version and English version of this letter, the Chinese version shall prevail. This letter shall be governed by laws of the People's Republic of China and construed accordingly. Any dispute in connection with this letter shall be submitted to competent court of the People's Republic of China.

特此承诺!

In witness of the undertakings above!

委托人(盖章/签名):

Client (Stamp/Signature):

(请与投保单上盖章/签名样本保持一致)

(Make sure it is consistent with the Stamp/Signature on the insurance application)

日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

Date: _____ (D) / _____ (M) / _____ (Y)

单位公章

受托人1(盖章/签名):

Trustee 1 (Stamp/Signature):

日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

Date: _____ (D) / _____ (M) / _____ (Y)

受托人签名

受托人2(盖章/签名):

Trustee 2 (Stamp/Signature):

日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

Date: _____ (D) / _____ (M) / _____ (Y)