



# 中意人寿保险有限公司

GENERALI CHINA LIFE INSURANCE CO., LTD.

## 保险金给付申请书

保险单编号:

营管处/组织代码: \_\_\_\_\_

保险营销员/代码: \_\_\_\_\_

联系电话: \_\_\_\_\_

### 第一部分：一般资料

申请人: \_\_\_\_\_ 被保险人: \_\_\_\_\_ 与被保险人之关系: 本人 身故保险金受益人 继承人 其他 \_\_\_\_\_ (请注明)

申请人国籍: \_\_\_\_\_ 证件类型: 身份证 护照 \_\_\_\_\_ 证件有效期至 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

申请人证件号:  \_\_\_\_\_ 申请人联系电话 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_

申请人电子邮箱: \_\_\_\_\_ 申请人家庭住址: \_\_\_\_\_

申请人职业: \_\_\_\_\_ 申请人服务单位: \_\_\_\_\_

被保险人国籍: \_\_\_\_\_ 证件类型: 身份证 护照 \_\_\_\_\_ 证件有效期至 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

被保险人证件号:  \_\_\_\_\_ 被保险人服务单位: \_\_\_\_\_

被保险人职业: \_\_\_\_\_ 被保险人服务单位地址: \_\_\_\_\_

被保险人家庭住址: \_\_\_\_\_

### 第二部分：索赔项目 / 金额

意外医药补偿: ¥ \_\_\_\_\_ 住院费用补偿: ¥ \_\_\_\_\_ 特定门急诊费用补偿: ¥ \_\_\_\_\_

收入保障/津贴: ¥ \_\_\_\_\_ 重大疾病保险金: ¥ \_\_\_\_\_ 残废保险金: ¥ \_\_\_\_\_

专项疾病保险金: ¥ \_\_\_\_\_ 死亡保险金: ¥ \_\_\_\_\_ 豁免缴付保险费: ¥ \_\_\_\_\_

请填写《银行自动转账领款授权书》，并提供银行账户复印件（曾在我司有授权账户则不需要）。

### 第三部分：意外伤害事故适用

意外伤害事故发生时间: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 时 就诊医院名称(全部): \_\_\_\_\_

开始治疗时间: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 治疗结束时间: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

意外伤害事故的经过及结果: \_\_\_\_\_

### 第四部分 疾病适用

诊断: \_\_\_\_\_ 症状持续时间: \_\_\_\_\_ 日

1.首诊日期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 2.复诊/确诊日期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 入院日期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

就诊医院名称(全部): \_\_\_\_\_ 出院日期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

发病及诊疗经过: \_\_\_\_\_

### 第五部分 死亡适用

死亡时间: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 时 就诊医院名称(全部): \_\_\_\_\_

死亡原因: \_\_\_\_\_

出险经过: \_\_\_\_\_

### 第六部分 其它

是否有向其他保险公司索赔? \_\_\_\_\_ (如有请注明保险公司名称及保险单号码)

其它说明事项: \_\_\_\_\_

### 声明及授权

- 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。
- 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。
- 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（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。
- 本人清楚明白贵公司的赔偿款项一经通过银行成功转账在本索赔申请表所指定的账户，将视为本人已收到该笔赔偿款项。

签名前请再次核对所填资料是否正确无误，被保险人签名需与投保单之签名式样相符。

\_\_\_\_\_  
申请人/监护人签名

\_\_\_\_\_  
日期

\*030101\*

(申请人为未成年人或无民事行为能力人，由其监护人签名)