

团 险 索 赔 申 请 表



中意人寿 GENERALI CHINA

保险单编号: _____

投保单位: _____

第一部分: 申请人一般资料

申请人姓名(必填): _____ 性别(必填) _____ 员工号: _____ 国籍(必填) _____
证件类型(必填): _____ 证件号码(必填): □□□□□□□□□□□□□□□□ 证件有效期限(必填): _____
员工目前职业(必填): _____ 工作地址/居住地址(必填): _____ 邮政编码: _____
联系电话(必填): _____ E-mail: _____ 联系方式: _____

第二部分: 被保险人基本资料(如果被保险人为员工本人, 无需填写此栏)

被保险人姓名(必填): _____ 性别(必填): _____ 与申请人之关系 □配偶 □父母/子女 □监护人 国籍(必填) _____
证件类型(必填): _____ 证件号码(必填): □□□□□□□□□□□□□□□□ 证件有效期(必填): _____
目前职业(必填): _____ 工作地址/居住地址(必填): _____ 联系电话(必填): _____
如果是双职工子女, 请填写另一方姓名及证件号:
另一方员工姓名: _____ 证件号码: □□□□□□□□□□□□□□□□

第三部分: 保险金转账授权(如保险金转入申请人账户, 且被保险人为成年客户时, 以下内容必须填写和确认:

本人授权中意人寿保险有限公司将赔付款项划入申请人_____已在贵公司指定的银行账户。

第四部分: 疾病 / 意外适用(门诊或住院)

费用类别填写: 1-门诊; 2-住院; 3-生育; 4-体检; 5-其他

Table with 7 columns: 就诊日期, 费用类别, 疾病诊断, 就诊医院, 发票数量, 其他单证, 账单总金额

合计: 索赔收据数量: _____ 张。索赔总金额: □门诊费用: ¥ □住院费用: ¥ □生育费用: ¥

第五部分: 重大疾病/伤残适用

诊断: _____ 伤残等级: _____
1, 首诊日期: _____ 2, 复诊日期: _____ 入院日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日
医院名称: _____ 出院日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

第六部分: 身故和全残适用

死亡日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 时 死亡原因: _____
全残日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 全残原因: _____

反 保 险 欺 诈 提 示

最大诚信是保险合同基本原则, 保险欺诈将承担以下责任:

[刑事责任] 进行保险诈骗犯罪活动, 将会受到最高十年以上有期徒刑, 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, 将会受到 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, 也会受到相应行政处罚。

[民事责任] 投保人、被保险人故意制造保险事故的, 保险公司不承担赔偿或给付保险金的责任; 以伪造、变造的有关证明、资料或者其他证据, 编造虚假的事故原因或者夸大损失程度的, 保险公司对其虚报的部分不承担赔偿或给付保险金的责任。

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. 本人同意并授权贵公司在必要时可向医疗机构、公安部门及理赔相关其他机构及个人索取、查询、调阅、摘抄、复印被保险人与本次理赔申请相关的材料, 本授权书之影印件、传真件、扫描件和原件具有同等效力, 中意人寿对客户信息负有保密义务。
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. 本人清楚明白中意人寿保险有限公司的赔偿款项一经通过银行成功转账至本人所指定的账户, 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, 并请确认签名与投保单之签名式样相符。

投保单位盖章

申请人签名

被保险人签名

联系电话

日期

(如连带被保险人出险, 必须由连带被保险人签名, 连带被保险人为未成年人或无民事行为能力人的, 由其监护人签名)

索赔资料参照表

| 申请项目 | 必备单证 | 申请项目 | 必备单证 |
|----------|--|------|---|
| 住院医疗 | 1. 投保单位证明 2. 索赔申请表 3. 被保险人身份证明 4. 病历、诊断证明、出院小结 5. 住院收据、费用明细单 | 重大疾病 | 1. 投保单位证明 2. 索赔申请表 3. 被保险人身份证明 4. 病历、诊断证明、出院小结（住院治疗） 5. 病理、血液、影像等化验检查报告 |
| 门诊急诊医疗 | 1. 投保单位证明 2. 索赔申请表 3. 被保险人身份证明 4. 病历、诊断证明 5. 门、急诊医疗费用收据、处方、检查检验报告 6. 意外事故证明（意外事故导致就诊） | 残疾 | 1. 投保单位证明 2. 索赔申请表 3. 被保险人身份证明 4. 病历、诊断证明、出院小结（住院治疗） 5. 伤残鉴定书 6. 意外事故证明（意外事故导致残疾） |
| 意外医疗 | 1. 投保单位证明 2. 索赔申请表 3. 被保险人身份证明 4. 意外事故证明 5. 病历、诊断证明 6. 门、急诊医疗费用收据、处方、检查检验报告 7. 住院收据、出院小结、费用明细单（住院治疗） | 身故 | 1. 投保单位证明 2. 索赔申请表 3. 被保险人、受益人、继承人身份证明 4. 病历、死亡证明、户口注销证明、丧葬证明 5. 受益人、继承人与被保险人关系证明、遗产继承法律文件（未指定受益人） 6. 意外事故证明（意外事故导致身故） |
| 住院给付收入保障 | 1. 投保单位证明 2. 索赔申请表 3. 被保险人身份证明 4. 病历、医院及工作单位的病假证明 5. 住院收据和费用明细复印件 | | |

索赔资料说明：

- 意外原因出险的请提供意外事故证明及意外事故经过说明。若为交通意外，请提供交管部门出具的道路交通事故责任认定书原件及有效驾驶证和行驶证；若为遭遇他人袭击等治安事故，请提供公安部门出具的报警证明原件；若为工伤，请提供工伤事故处理报告书原件。
- 如被保险人、受益人为未成年人或无民事行为能力人，由其监护人提出索赔申请。申请时，除提供被保险人、受益人身份证明外，还需提供监护人身份证明及其与被保险人或受益人的合法监护关系证明。
- 身故保险金受益人为非指定受益人时，还需提供受益人、继承人与被保险人关系证明，如户口簿、结婚证、出生证、独生子女证等；若需确定合法遗产继承人关系等情形，还需提供相关的判决书、公证书和遗产继承协议等法律文件。
- 医疗费用收据应为就诊医院签发的、由政府财政税务部门监制的医药费用原始收据。
- 已在其它机构获得医疗费用给付，不能提供医疗费用收据原件的，请提供其它机构的给付证明及医疗费用分割单原件、医疗费用收据复印件。
- 有效身份证明：指依据法律规定，由有权机构制作颁发的证明身份的证件、文件等，如：居民身份证、户口簿、护照、军人证、居留证等。
- 在境外发生保险事故，须出具当地合法机构的各类单证正本，并需经过合法公证机构及中国驻当地使领馆的验证认可，回国后需由中立的翻译机构翻译成中文（以上涉及费用由索赔人承担）。
- 表内资料仅为必须提交的基本索赔资料，如在理赔审核过程中发现其它问题，本公司还将请索赔人提供相应资料。

温馨提示：

- 保险事故发生后，应尽快通知我公司，并将所有相关的单据和证明文件等保存完整，尽快速交，否则索赔申请人可能会承担因通知迟延产生的相应不利后果。
- 请在符合保险合同约定的医院就诊。
- 请您按时间顺序整理、订好医疗就诊单证，尽量避免使用粘贴方式，使您的医疗费用不被遮盖、不被遗漏，得到清晰地、完整地理赔。
- 为确保理赔及时结案，理赔中心发出的各类照会请营销员或客户及时完整回复或办理，并亲笔签名；要求被保险人体检时，请被保险人及时到我公司进行理赔体检，需注意事项请参照医务中心的体检规则。
- 若未曾在本公司指定授权转账的银行账户，须出具《银行自动转账领款授权书》，明确授权转账银行账户信息，并提供转账存折或银行卡复印件（复印件要能清晰反映账户信息：银行名称、开户所在省、市名称、账户名、账号）。

注：如您需要了解更详细的内容，可登陆我公司网站 <http://www.generalichina.com>。