



团体人身保险理赔申请书

业务员姓名及联系电话:

本申请书由享有保险金请求给付权利的申请人填写并签名

保险合同号码:		投保单位:			电话:
申请人信息	姓名:	性别:	年龄:	国籍: <input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他_____	职业:
	联系电话:	联系地址:			邮编:
	证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他_____	身份证号	其他证件号:		
	证件有效期至:	与出险人关系: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 其他_____			
申请类型	<input type="checkbox"/> 医疗 <input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 重疾 <input type="checkbox"/> 残疾 <input type="checkbox"/> 全残 <input type="checkbox"/> 轻症 <input type="checkbox"/> 特定疾病 <input type="checkbox"/> 失能 <input type="checkbox"/> 豁免 <input type="checkbox"/> 其他_____				
出险人信息	<input type="checkbox"/> 出险人和申请人为同一人。(若为同一人, 则本“出险人信息栏”免填写)				
	姓名:	性别:	年龄:	国籍: <input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他_____	职业:
	联系电话:	联系地址:			邮编:
	证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他_____	身份证号	其他证件号:		
证件有效期至:	身份: <input type="checkbox"/> 员工本人 <input type="checkbox"/> 员工父母 <input type="checkbox"/> 员工配偶 <input type="checkbox"/> 员工子女 <input type="checkbox"/> 其他_____				
出险情况	是否在其它公司投保和理赔? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		承保公司名称:		
	出险原因: <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 意外	出险日期:	出险地点:		
	事故描述: (请描述事故发生详细信息, 包括起因、经过、结果和处理单位等信息)				
领款信息	领款方式: <input type="checkbox"/> 转账 <input type="checkbox"/> 现金	开户银行:			
	账户名:	银行账号:			
反保险欺诈提示: 请您与我们一同杜绝以下骗取保险金的行为: 1. 故意虚构保险标的; 2. 对发生的保险事故编造虚假的原因或者夸大损失的 程度; 3. 编造未曾发生的保险事故; 4. 故意造成财产损失的保险事故; 5. 故意造成被保险人死亡、伤残或者疾病的。 进行保险诈骗犯罪活动, 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; 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; 保险公司不承担赔偿或给付保险金的责任。保险事故的鉴定人、证明人、财产 评估人故意提供虚假的证明文件, 为他人诈骗提供条件的, 将会受到相应的刑事或行政处罚。					
授权与声明: 1. 本人声明本申请书上所填写的内容均为事实, 并无虚假及重大遗漏, 且已阅读并知晓《反保险欺诈提示》。 2. 本人同意承担因领款信息提供错误或者因本人、受托人过错导致的一切转账问题而产生的法律、经济责任。 3. 本人授权国富人寿保险股份有限公司以检索、调阅、摘抄、复印或其他方式向医院、医生以及任何单位或个人获取出险人的 个人信息、健康信息等所有与理赔相关的资料及证明, 本人愿意承担由此产生的任何法律责任。本授权声明之影印件亦属有效。 4. 本人 _____ 授权 _____ 先生/女士 (证件类型: _____ 证件号码: _____ 联系电话: _____) 代为办理本次理赔申请项下除领取理赔金之外的事宜。本委托有效期 _____ 天。(本委托 声明应由申请人亲自填写, 委托日期同本申请书的申请日期)					

投保单位盖章:

申请人签名:

代办人签名 (选择代办时需签名):

申请日期:

理赔申请须知

尊敬的客户：

您好！感谢您对我公司的支持。为了充分保证您的权益，提高理赔时效，请您在申请理赔时，按以下说明进行办理：

1. 理赔申请人：医疗、重疾、残疾、轻症等非身故保险金由被保险人本人提出理赔申请。身故保险金由指定受益人提出申请，未指定受益人的由被保险人的法定继承人提出理赔申请。受益人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的，由其法定监护人提出理赔申请。

2. 投保单位盖章：若保险合同有明确约定理赔申请时需投保单位提供证明的，本申请书必须由投保单位盖章确认。

3. 理赔应备资料：理赔申请时需提供**基本资料**和**保险事故相关资料**，具体请按以下表格要求提供：

资料类型	申请类型	所需资料名称（若投保时有特别约定，按约定提供资料）
基本资料（所有申请类型均需提供）		1. 理赔申请书（我司提供格式单证，由申请人填写并签名） 2. 被保险人、受益人有效身份证件 ⁽¹⁾ 及关系证明 ⁽²⁾ 3. 受益人银行卡或存折复印件
	医疗	4. 诊断证明、出院小结 ⁽³⁾ 、门急诊病历（申请门急诊医疗补偿时提供） 5. 发票 ⁽⁴⁾ 及费用清单/处方
保险事故相关资料	身故	4. 死亡证明 ⁽⁵⁾ 、户口注销证明、火化证明（提供其中两项） 5. 保险单 6. 个人税收居民身份声明文件（我司提供格式单证，所有受益人均需签署）
	重疾	4. 诊断证明、出院小结或门急诊病历 5. 病理报告或其他确诊重大疾病所需资料 6. 保险单
	残疾/全残	4. 诊断证明、出院小结或门急诊病历 5. 残疾鉴定文件 ⁽⁶⁾
	轻症/特定疾病	4. 诊断证明、出院小结或门急诊病历 5. 病理报告或其他确诊轻症/特定疾病所需资料

1. 资料注释：上面表格中带标识的资料按对应序号作如下解释。

(1) 有效身份证件：主要包括身份证、户口簿（未成年人未办理身份证时）、军人证等。(2) 关系证明：由法定监护人提出申请的，应提供能证明监护关系的相关证明文件，如户口本/出生证明等；由法定继承人提出申请的，应提供《家庭关系证明》（我司可提供格式单证）；由配偶作为指定受益人申请身故保险金的，应提供结婚证或户口本等关系证明。(3) 出院小结：住院时需提供；若出院小结有治疗医院盖章，可免提供诊断证明。(4) 发票：申请费用医疗补偿时需提供原件，若已通过其他途径报销，可提供由报销单位盖章确认的发票复印件和报销明细。(5) 死亡证明：主要包括由医疗卫生单位开具的死亡医学证明、公安司法部门出具的死亡证明、居（村）委会出具的死亡证明、法院判决书等。(6) 残疾鉴定文件：鉴定前请您联系我司理赔人员，我们将指导并协助您进行相关鉴定。

2. 其他说明：除以上资料外，申请人还应根据以下情况提供相应的资料。

- 如依据上述资料仍无法认定保险责任的，应提供与保险事故有关的其他证明和资料（若有），具体以合同约定为准。
- 意外事故证明：因意外导致的保险事故，且由公安机关等国家行政机关处理的，请提供相应的事故报告：如公安局证明、交通事故责任认定书、消防局事故证明等；工伤的应当提供工伤事故报告。
- 失能豁免理赔：申请失能、豁免理赔所需的保险事故相关资料具体按照引起失能和豁免责任的原因（身故、重疾、残疾等）对应的资料进行提供，申请失能的还需提供能证明失能的鉴定文书或其他资料。
- 境外出险理赔：对于境外出险案件还需提供出险人合法的出入境证件（护照与签证）；如果出险人在境外发生死亡、残疾及重大疾病的保险事故，其所提供的死亡证明、残疾鉴定书及重大疾病的确诊诊断书等相关证明材料须经我国驻当地所在国使领馆的确认。各种医疗费用型的险种一般不承担境外的保险责任，合同另有约定除外。
- 其他关系声明：单份保险合同单个被保险人、受益人或者法定继承人领取的保险金金额大于等于1万元，且无其他资料证明投保人与被保险人、受益人之间的关系，还需提供《投保人与被保险人、受益人的关系声明》（我司提供格式单证）。
- 理赔授权委托书：多个受益人委托其中一个受益人领取理赔款的，只需提供一份理赔申请书（由受托的受益人作为申请人填写并签名），同时应当提供《理赔授权委托书》（我司提供格式单证，由所有受益人填写并签名）。

若有任何疑问，请您拨打全国统一客服电话：0771-5723168，我们将竭诚为您服务。