



## 团体人身保险理赔申请书（2023版）

业务员姓名及联系电话：138\*\*\*\*\*

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:6099***** |   | 投保单位:*****公司  |   | 电话:138*****   |           |
| 申请人信息            | 姓名:张三(填申请人姓名)   | 性别:男/女  | 年龄:30                                   | 国籍: <input checked="" type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他_____ | 职业:***工人  |
|                  | 联系电话:138*****   | 联系地址:南宁市**区**路**号**小区**房间   |   |   | 邮编:53**** |
|                  | 证件类型: <input checked="" type="checkbox"/> 身份证<br><input type="checkbox"/> 其他_____   | 身份证号  | 4 5 * * * * * * * * * * * * * * * * * * |   |           |
|                  | 证件有效期至:2030.*.*   | 与出险人关系: <input checked="" 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 checked="" 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"/> 中症 <input type="checkbox"/> 特定疾病 <input type="checkbox"/> 豁免 <input type="checkbox"/> 其他_____ |   |   |   |           |
| 出险人信息            | <input checked="" 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<br><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 checked="" type="checkbox"/> 是 承保公司名称:****保险公司  |   |   |   |           |
|                  | 出险原因: <input type="checkbox"/> 疾病/非意外<br><input checked="" type="checkbox"/> 意外   | 出险日期:2024.*.*   | 出险地点:****工地                             |   |           |
|                  | 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)<br>此处请详细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 checked="" type="checkbox"/> 转账 <input type="checkbox"/> 其他_____   | 开户银行:中国**银行**支行   |   |   |           |
|                  | 账户名:张三  | 银行账号:6225*****  |   |   |           |

### 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:

- 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》。
- 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。
- 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。
- 为提供保险服务的需要,本人授权:贵司及其必要合作方可通过知悉本人信息的机构查询、收集与本人有关的全部信息(包括但不限于投保、承保、理赔、行为、财务、信用、医疗健康信息等);贵司及其必要合作方对上述信息进行合理的使用。为确保信息安全,贵司及其必要合作方应采取有效措施并承担保密义务。如您想获取个人信息处理的合作机构名称、联系方式、信息处理方式、保存期限详情和个人行使信息保护权利的方式和程序,可拨打国富人寿服务热线4006946688咨询。
- 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)←若授权他人办理理赔请填此栏

投保单位盖章: **投保单位盖章** 申请人签名: **签名** 代办人签名(选择代办时需签名): **签名** 申请日期