



信诚人寿保险有限公司

团体保险理赔申请表

团体保险单号码: G000000012345	组织代码: X12345	理赔案件号:
服务人员姓名/工号: 王某某	联系电话: 13712345678	同一事故: <input checked="" type="checkbox"/> 首次索赔 <input type="checkbox"/> 再次索赔

第一部份 被保险人资料 本人身份 眷属身份

姓名: 陆某某	分单号	出生年月日: 1980-1-1	身份证明文件: 440101198001011000
现职业/职位 (若有兼职请列明): 文员			联系电话: 81888888
通讯地址: 广州市中山一路400号			邮政编码: 510000

第二部份 理赔项目

意外医疗给付 住院费用 住院津贴 重症监护津贴 手术津贴 残疾给付 双倍给付 重大疾病 门诊 其它

注: 如客户在本司投保多个费用型险种 (同时投保意外医疗、住院费用、门诊费用), 若客户无特殊要求, 本司将按试算金额从高到低的顺序赔付。若客户有特殊要求, 请填写赔付的先后顺序 意外医疗 住院费用 门诊 其它方式请说明 _____

身故给付 保险金额 **10万元**

第三部份 保险事故及处理说明

意外事故	事故日期: 2009年11月22日	事故地点: 广州市中山五路
	事故原因/经过: 下班时被公交车撞倒, 送广东省人民医院抢救无效, 抢救无效于2009年11月25日死亡, 死亡原因为“特重型颅脑损伤”。	
	受伤部位/伤势:	
疾病事故	事故是否有处理单位: <input type="checkbox"/> 无 <input checked="" type="checkbox"/> 有; 若“有”, 已报告: <input type="checkbox"/> 派出所 <input checked="" type="checkbox"/> 交警 <input type="checkbox"/> 劳动部门 <input type="checkbox"/> 其它	处理单位地址: 广州市中山二路81号
	负责姓名: 周某某	联系电话: 88776655
就医	症状描述:	首次出现病症的时间: 年 月 日
	首诊日期: 年 月 日	确诊日期: 年 月 日
	医生诊断:	
住院	医院名称: 广东省人民医院	科室: 外科
	入院日期: 2009年11月22日	出院日期: 2009年11月25日
	医院地址: 广州市中山二路	主诊医生姓名: 李某某
入重症监护室日期: 无		出重症监护室日期: 无
手术名称: 颅内血肿清除术		
目前伤残程度 (适用于残疾/烧烫伤给付): 无		

第四部份 其它投保理赔信息

同一事故在其它保险公司理赔的情况:

保险公司	险种名称	保险金额	投保日期	理赔日期	赔付金额
无					

第五部份 理赔领款方式

本人同意信诚人寿保险有限公司将本次理赔的款项通过银行转账方式转入以下账户 (**注意事项请参照背后说明**)

开户银行: 中信银行	户名: 黄某某	账号: 12345678901234567890
-------------------	----------------	---------------------------------

<p>第六部份 投保单位</p> <p>联系人: 陈某某</p> <p>日期: 2009年11月28日</p> <p>投保单位盖章:</p> <p style="text-align: center; font-size: 2em; color: red;">单位公章</p> <p>联系电话: 87965432</p>	<p>第七部份 受益人声明及确认</p> <p>受益人声明事项:</p> <p>本人提交给贵公司的所有被保险人的个人资料、证明文件及记载内容均为合法产生及取得, 并经本人审阅无误。涉及本人陈述的部分均属事实, 以此作为本人证明保险事故的证据之一。此申请书上所填写内容确实无误。本人授权任何医疗机构、医护人员、公安局、派出所、保险公司、工作单位或相关机构及人士, 凡知道或拥有任何有关被保险人的健康情况、既往病史、医嘱、诊疗情况、病历、意外细节、相关笔录、报告、鉴定、财务证明或其它与被保险人身份、职业、财务相关资料, 均可提供给信诚人寿保险有限公司及其代表。</p> <p>本人清楚的知道赔偿款项一经通过银行划账到本人账号或本人的监护人账号, 将视为本人已收到该笔赔偿款项。</p>	<p>受益人签名: 黄某某</p> <p>日期: 2009年11月28日</p> <p>与被保险人的关系: 配偶</p> <p>(受益人未满18周岁的情况下适用)</p> <p>监护人签名: _____</p> <p>日期: _____</p> <p>受益人 (监护人) 联系电话: 81888888</p>
---	---	--

※填写注意事项及理赔所需资料请参阅背面※

申请理赔注意事项:

- 一、 团体保险申请理赔时填写此申请书。
- 二、 理赔申请书应由受益人进行逐栏详实填写。生存保险金的受益人为被保险人本人，身故保险金的受益人为被保险人的指定受益人或被保险人的合法继承人。
- 三、 若受益人未满十八岁，由受益人的监护人填写理赔申请书并签名。
- 四、 若为申请意外残疾/烧烫伤的，请注意详细填写目前的伤残程度。
- 五、 同一被保险人二份或二份以上团体保险合同同时申请理赔，可只填写一份理赔申请书。
- 六、 理赔领款方式的说明如下：
 1. 转账领取理赔款的方式仅限于索赔项目 30,000 元以下（含 30,000 元）的款项，否则将以公司约定的其它方式进行支付；
 2. 用于转账的账号须为**受益人本人的账号**，若受益人未成年，可使用受益人的监护人的账号；
 3. 开户银行主要为**中国工商银行、中国农业银行、中信实业银行、中国建设银行（因各地情况不完全一致，请向受理申请的当地公司咨询）**，该银行账号应为通存通兑活期储蓄账号；
 4. 如果转账不成功或者因为理赔特殊情况所需，本公司有权使用其它方式发放理赔款项。
- 七、 如下表所列明的资料提供不齐全或填写《团体保险理赔申请表》不完整，本公司将不受理此次理赔，待相关资料文件齐全完整后再行处理。

申请理赔需提供的资料一览表:

申请事项 需提供的资料	意外医疗	住院费用	住院津贴	重症监护保险	手术津贴	重大疾病	意外残疾	门诊急诊	身故
理赔申请书	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
门诊病历包括出院小结	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
疾病/残疾诊断证明书	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓
相关的检查报告（注 1）	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
重症监护室的证明（注 2）	✓	✓	✓	✓					
病理组织检验报告（注 3）						✓			
医疗费用正式收据	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	
医疗费用明细清单	✓	✓	✓	✓				✓(门诊)	
被保险人身份证复印件	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
被保险人身份证									✓
被保险人户籍证明									✓
意外事故证明（注 4）	●	●	●	●	●	●	●	●	●
受益人户籍证明									✓
受益人身份证									✓
受益人与被保险人的关系证明文件									●

选择「✓」者为必须具备的文件；选择「●」者为参考的文件。

- 注1. 相关的检查报告，如：CT、核磁共振、B超、X光、心电图、实验室检验报告等。
- 注2. 重症监护病房收费证明、病情记录。
- 注3. 因“癌症”提出重大疾病时需提供。
- 注4. 公安：公安证明、笔录、报案回执、法医检验报告等；
交通事故：道路交通事故责任认定书、调解书等；
工伤事故：工伤事故调查报告、单位事故报告等；
其它：剪报、照片等。
- 注5. 公司会根据保险事故的具体情况索取其它必要的资料。
- 注6. 若有继承关系需确认时，受益人须另出具《公证书》。
- 注7. 被保险人为眷属被保险人身份时，请另提供关系证明文件。