

团险身故理赔申请书



投保单位名称: _____

保险合同号码: _____

申请人信息

 与出险人关系*: ☐ 指定受益人 ☐ 出险人的继承人 ☐ 监护人 ☐ 其他: _____

| | | | | |
|------|-----|-----|--------|--------|
| 姓名*: | 性别: | 年龄: | 证件类型*: | 证件号码*: |
|------|-----|-----|--------|--------|

| | | | |
|------|---------|------|--------|
| 国籍*: | 证件有效期*: | 职业*: | 手机号码*: |
|------|---------|------|--------|

| | | | |
|--------|---------|--------|--------|
| 机主姓名*: | 与机主关系*: | 证件类型*: | 证件号码*: |
|--------|---------|--------|--------|

联系地址*: 省 市 区/县

出险人信息

| | | | |
|------|-----|-----|--------|
| 姓名*: | 性别: | 年龄: | 证件类型*: |
|------|-----|-----|--------|

| | |
|--------|-------|
| 证件号码*: | 员工编号: |
|--------|-------|

 员工与出险人关系*: ☐ 01 本人 ☐ 02 配偶 ☐ 03 子女 ☐ 04 父母 ☐ 05 其他: _____

索赔类别

 申请索赔*: ☐ 身故 ☐ 其他: _____

保险事故描述*

(请填写时间/地点/发生原因/经过/结果等详情)

同业理赔情况: (如在其他保司进行过理赔申请必填* 请填写申请保司名称/申请时间/理赔结果等详情)

赔款领取方式及通知

保险金电汇至受益人账号。

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。

申请人声明与授权

- 1、 本人声明以上陈述为事实，并无虚假及重大遗漏，且已阅读并知晓《反保险欺诈提示》和《理赔须知》。
- 2、 本人授权投保单位向贵公司办理索赔的一切手续。
- 3、 本人已详细阅读上述声明并如实答复，确信其为真实无讹，同时明白上述资料为索赔的基本依据。
- 4、 本人同时授权 任何内外科医生、医院、诊所、银行、保险公司和其他持有本人健康状况、财务状况记录的组织、机构或人士可提供有关本人的健康、财务状况等个人资料予贵公司；本人在理赔申请时提供的资料（包括今后所作的任何修订或补充）和前述健康、财务信息可供贵公司（包括关联公司和附属公司）及贵公司的再保险公司、因业务需要而委托的服务供应商，用以提供相关服务或推荐相关产品。若贵公司因业务需要而委托服务供应商提供相关服务或推荐产品的，贵公司应要求服务供应商对本人的个人信息提供符合中国法律法规规定的保护。此申请书的副本与正本具有同等法律效力。
- 5、 如本人选取单位转交，即授权贵公司将此笔款项转入单位账户，由单位转交本人。贵公司将理赔款项支付至单位账户时即完成本次理赔，如有纠纷与贵公司无关。
- 6、 本人了解并认可，本表单所包含的账户持有人信息及任何应申报账户信息均可能被提供给该账户存续所在国（地区）的税务机关，并根据政府间协议被交换给其它国家（地区）或该账户持有人的税收居民国（地区）的税务机关。
- 7、 本人同意， 贵司可采集本人办理保险业务所需的信息要素（包括但不限于姓名、证件类型、证件号码、证件有效期 起止期限等）， 传递给贵司的必要合作机构及信息认证专门机构进行有效性核验并向贵司反馈；贵司可采集涉及本人的保险业务信息（包括但不限于 证件信息、办理的保险业务种类、基本内容等），并由贵司的必要合作机构进行存储、登记，上述各单位均可对上述信息进行合理的使用与传递。
- 8、 本人已通过中宏保险官网：www.manulife-sinochem.com 阅读并同意《个人信息和隐私保护协议》及附件《供应商列表》和《儿童个人信息保护规则》全部内容，同意贵公司按照《个人信息和隐私保护协议》及附件《供应商列表》和《儿童个人信息保护规则》的相关约定处理本人的个人信息。

理赔申请人签署*：

申请日期*： 年 月 日

*为必填项，请完整填写



理赔须知

尊敬的客户：

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

- 1. 在检查治疗及事故处理过程中，请您及时收集和妥善保存好保险合同中约定的理赔申请所需证明文件和资料；当治疗结束或事故处理完毕后，请您填写好理赔申请书并签名，与理赔申请所需资料一并提交。
- 2. 理赔过程中，如有疑问，请拨打咨询电话 95383，或联系您的服务营销员，我们将为您提供详细解答。
- 3. 请提供与确认保险事故性质、原因、伤害程度有关的其他证明文件原件和以下材料：

| 申请理赔类型 | 应备文件 |
|------------|--|
| 门急诊理赔 | -完整填写的理赔申请书。 -门急诊医疗费收据原件，如需退回原件则同时提供复印件。 -所有相关的门、急诊病历卡复印件（附检查报告）。 |
| 住院/重疾/伤残理赔 | -完整填写的理赔申请书。 -完整的门诊病历卡原件（含首诊）和各项检查报告。 -申请住院医疗利益的，递交住院医疗费收据原件和复印件。 -住院费用清单（需要时提供）。 -出院小结原件（含病理报告及各项检查报告）。 -因交通事故导致的意外，需提供交通事故损失赔偿调解书。 -如为工伤，需提供工伤事故调查报告。 -如为刑事伤害，需提供公安局证明。 -其他：如需要提供意外事故的新闻剪报，目击者声明，法庭判决书等等。 -本公司所指定的鉴定机构所出具的伤残程度鉴定报告。 |
| 生育理赔 | -完整填写的理赔申请书。 -完整的门、急诊病历卡原件。 -产检记录 -出院小结原件 -计划生育证明/结婚证明 -正本住院医疗费原始收据 -医保结算清单 -被保险人身份证复印件（正反面） |
| 身故理赔 | -完整填写的理赔申请书。（由理赔申请人或受益人填写）。 -居民死亡医学证明的复印件（正反两面且需有警署的公章）。 -户口簿。 -死者与受益人的身份证复印件。 -经公证的法定继承人名单、或出生证明以及父母/母女或父子/母子关系证明。 -死者生前所有相关的病历卡。 |

递交资料说明：

- 1. 当递交的资料不符合本公司的要求或需进一步递交理赔资料，本公司将向被保险人发出理赔进展通知，列明需要递交的资料。该进展通知将通过单位联系人转交被保险人。
- 2. 本公司保留更改上述理赔资料的权利，具体以本公司的通知为准。

提示1：根据反洗钱相关法律法规的要求，被保险人不足18周岁，需提供被保险人本人身份证复印件以及投保人身份证复印件，如被保险人尚未领取身份证，可提供户口簿复印件。

提示2：当申请人为被保险人的继承人时，需提供该申请人具有合法继承权的相关证明（即第一顺序继承人名单公证书）；当申请人为无民事行为能力或限制民事行为能力人时，需提供该申请人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的证明；当申请人委托代理人代为办理时，应提供合法的委托代理手续；当监护人代理被监护人办理时，监护人需提供具有合法监护权的证明，由监护人在申请人处签字，并注明与申请人关系；当申请人为其他人时，我公司将按照法律法规的规定根据实际情况要求申请人提供相应的文件。