

团体人身保险门诊理赔申请书

为了维护您的正当权益，请于填写《团体人身保险理赔申请书》前详尽阅读申请须知！以下带*项为必填项，请您完整填写！

| | | | | | | | |
|---|--|---|---|---|-----------|---|-------|
| *保单信息 | 保险单号 | | | | 投保单位名称 | | |
| *被保险人信息 | 姓名 | 性别 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 年龄（ ）岁 | 证件号码 | | |
| | | 证件类型 | | | 证件有效期至 | ____年__月__日 | |
| *申请人信息 (注：被保险人本人作为申请人此项可不填) | 姓名 | 性别 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 年龄（ ）岁 | 证件号码 | | |
| | | 证件类型 | | | 证件有效期至 | ____年__月__日 | |
| | 申请人身份 | <input type="checkbox"/> 指定受益人 <input type="checkbox"/> 被保险人的继承人 <input type="checkbox"/> 监护人 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | | | | | |
| 联系方式 | 联系地址 | | | | 联系电话 | | 邮政编码： |
| *主被保险人信息 | 姓名 | 与主被保险人关系 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他 | | | 部门名称 | |
| | | 证件号码 | | | | 员工编号 | |
| *转账信息 | 1、填写银行账户信息 若投保时已提供银行账户信息，请选择： <input type="checkbox"/> 使用投保时提供的银行账户 若投保时未提供银行账户信息，请填写： | | | | | | |
| | 开户行 | | | 户名 | | 账号 | |
| | 2、授权转账非受益人本人账户 若保险金要求转入非受益人本人账户，请授权：同意授权保险公司将本次申请的理赔款转至_____的银行账户。 被保险人与收款人关系： <input type="checkbox"/> 雇佣 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | | | | | | |
| *理赔授权委托声明（若未委托他人代办理赔申请，此项无需填写） | | | | | | | |
| 现申请人_____委托_____先生/女士前往贵公司办理本理赔申请事宜。本委托有效期为____天。授权委托日期：____年__月__日 | | | | | | | |
| 受托人信息 | 姓名 | | 性别 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 年龄（ ）岁 | 国籍（ ） | 联系电话 |
| | 证件类型 | | 证件有效期至 | ____年__月__日 | | 证件号码 | |
| | 联系地址 | | | | 与委托人关系 | <input type="checkbox"/> 雇佣 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他 | |
| 受托人声明 | 第一、 受托人保证授权人的签名为亲笔签名，如有纠纷，受托人自愿承担相应责任； 第二、 受托人在授权有效期内代为办理委托事项，严格遵循授权人的真实意愿，所实施的行为如超出授权范围，受托人自愿承担相应责任。 | | | | | | |
| 授权人签章： | | 受托人签章： | | | 投保单位签章 | | |
| 注：如保险金经受益人授权要求转账至投保单位账户，请投保单位对“转账信息”、“理赔授权委托声明”盖章确认。 | | | | | | | |
| 本次提交的理赔申请材料（其中2—7可为复印件，对前述复印件，必要时本公司可要求提供原件）： | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> （1）医疗费用凭证原件/复印件（ ）份，医疗费用金额（ ），医疗账单资料： | | | | | | | |
| 就诊日期 | 账单数量 | 账单金额 | 病因 | | 就诊日期 | 账单数量 | 账单金额 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> （2）医疗费结算清单（ ）份 <input type="checkbox"/> （3）病历/出院小结（ ）份 <input type="checkbox"/> （4）被保险人身份证明（ ）份 <input type="checkbox"/> （5）转账银行账户（ ）份 | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> （6）受托人身份证明（ ）份 <input type="checkbox"/> （7）其他（ ）份 | | | | | | | |
| *保险服务人员签章： | | 所属部区： | | 联系电话： | | *资料签收日期： | |
| *理赔受理人员签章： | | | | | | *资料签收日期： | |
| 反保险欺诈提示 诚信是保险合同基本原则，涉嫌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，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。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，可能会受到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，也会受到相应的行政处罚。 【民事责任】故意或因重大过失未履行如实告知义务，保险公司可能不承担赔偿或给付保险金的责任。 | | | | | | | |
| 本人郑重声明： 1、本人声明上述填写内容，及本人提供的一切资料均完全属实，如有虚假不实或隐瞒情况，本人愿意承担由此产生一切法律后果。 2、本人授权任何单位或个人均可向平安养老保险股份有限公司提供与本次理赔申请有关的一切资料（包括但不限于病历、司法鉴定材料等）。 3、如需银行转账，本人同时声明授权平安养老保险股份有限公司将保险赔偿金直接划入受益人提供的上述银行账户，并同意负责因非平安养老保险股份有限公司原因导致转账不成功的后果。 4、本人同意平安集团，除法律另有规定之外，将本人、投保人及投保人委托的中介机构提供给平安集团的信息、享受平安集团金融服务产生的信息（包括本单证签署之前提供和产生的）以及平安集团根据本条约定查询、收集的信息，向第三方（包括投保人、投保人及/或保险人委托的中介机构等）提供，用于平安集团及其因服务必要委托的合作伙伴和第三方（包括投保人、投保人及/或保险人委托的中介机构等）为本人提供服务、推荐产品、开展市场调查与理赔等信息数据分析等。 本人授权平安集团，除法律另有规定之外，基于为本人提供更优质服务和产品的目的，向平安集团因服务必要开展合作的伙伴提供、查询、收集本人的信息。 。 为确保本人信息的安全，平安集团及其合作伙伴对上述信息负有保密义务，并采取各种措施保证信息安全。 本条款自本单证签署时生效，具有独立法律效力，不受合同成立与否及效力状态变化的影响。 本条所称“平安集团”是指中国平安保险（集团）股份有限公司及其直接或间接控股的公司，以及中国平安保险（集团）股份有限公司直接或间接作为其单一最大股东的公司。 如您不同意上述授权条款的部分或全部，可【致电客户热线（95511）】取消或变更授权。 | | | | | | | |
| *申请人签章： | | | | *申请提交日期： | | | |

平安养老保险股份有限公司

PING AN ANNUITY INSURANCE COMPANY OF CHINA. LTD.

申 请 须 知

人生旅途

平安知己

- 1、申请人为受益人或其监护人，如受益人为多人时，请另外填写《理赔申请资格确认表》，如申请人委托他人办理的，需全体受益人签署《理赔授权委托书》。
- 2、依照保险法之规定，理赔申请人有义务真实地提供与确认事故的性质、原因、损失程度等相关的证明和资料。若伪造、变造与保险事故有关的证明、资料和其他证据，您的权益将会受到影响，并将承担相应的法律责任。

申请各项保险金应备材料

| 申请项目 | 应备文件 | |
|-----------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 住院医疗 | 1. 2. 4. 5. 6. 7. 15 | 1. 理赔申请书 2. 医疗费用原始凭证（津贴类可提供发票复印件） |
| 住院（或手术）津贴 | 1. 2. 4. 5. 6. 15 | 3. 残疾鉴定报告 *以下材料可为复印件 |
| 疾病门诊医疗 | 1. 2. 4. 5. 7. 15 | 4. 被保险人身份证明 5. 门诊病历 |
| 意外伤害医疗 | 1. 2. 4. 5. 6. 7. 12. 15 | 6. 住院病历或出院小结 7. 医疗费用明细清单/处方 |
| 意外伤残 | 1. 3. 4. 5. 6. 12. 15 | 8. 病理/血液/影像检查报告 9. 居民死亡医学证明书或法医鉴定书 |
| 癌症津贴 | 1. 2. 4. 5. 6. 8. 15 | 10. 户口注销证明 11. 丧葬火化证明 |
| 重大疾病 | 1. 4. 5. 6. 8. 15 | 12. 有关部门出具的意外事故证明 13. 受益人身份证明 |
| 意外身故 | 1. 4. 5. 6. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15 | 14. 受益人与被保险人关系证明 15. 转账银行账户 |
| 疾病身故 | 1. 4. 5. 6. 9. 10. 11. 13. 14. 15 | 注:对上述复印件,必要时本公司将要求提供原件 |

注1:团体长期险种客户理赔，需同时提供保单凭证原件/复印件。

注2:若申请人委托他人办理理赔，需同时提供受托人身份证明资料。

如若上述资料尚不足以证明有关情况，本公司可要求您继续提供相关理赔申请资料，以便更好地维护您的权益。