



团体保险索赔申请表

工银安盛人寿保险有限公司（以下简称“工银安盛人寿”、“本公司”、“贵公司”）

为了保障您的权益，填写《团体保险索赔申请表》前，请仔细阅读申请须知中提示事项，并详细填写相应栏目

投保单位名称：\_\_\_\_\_

被保险人信息

被保险人姓名：

性 别：

☐男

☐女

出 生 日 期：

证 件 号 码：

手机号码：

E-mail地址：

如您提供手机号码或E-mail地址，理赔结案后我们将以手机短信或E-mail形式通知您赔付情况。

出险原因：

☐疾病

☐意外

☐生育

☐体检

出险类型：

☐身故

☐残疾/全残

☐烧伤

☐重大疾病

☐住院

☐门诊

☐急诊

保险事故资料（若出险类型勾选身故、残疾/全残、烧伤、重大疾病，需填写保险事故详细经过。）

保险事故详细经过：

序号	就诊日	就诊医院	疾病名称或受伤部位	病历卡页数	发票张数	理赔申请金额
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
合计				页	张	元

备注：

保险金给付自动转账授权（授权人及账户持有人，必须为保险金受益人本人）

开户银行：

省

市

户名

银行账号：

1. 请仔细填写并核对账户号码，同时提供相应的复印件，若投保或之前理赔时已提供账号可无须填写，我们将以最后一次提供的账号为准。

2. 请提供保险金受益人本人账号，若无请提供主被保险人账号，若保险金受益人为无/限制民事行为能力人，申请人为监护人，需提供监护人账号及关系证明。

3. 如果授权人仅填写账户号码，未提供相应的复印件，因授权人账号填写错误导致工银安盛人寿转账错误的，视为本公司已向保险金受益人/监护人支付有关款项，其一切后果由授权人本人承担。本公司只负责根据授权人提供的账户进行转账业务，授权人与该账户所有人之间的任何经济纠纷和法律纠纷均与本公司无关，本公司概不负责。

4. 本授权持续有效至另行通知为止。

索赔申请人信息（如果索赔申请人即被保险人本人，此栏可不填写）

索赔申请人姓名：

联 系 电 话：

与被保险人关系：

证 件 号 码：

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。

索赔申请人授权及声明

1. 本人明白本人所填写的保险金给付申请表，并不代表贵公司已承诺向本人履行赔付责任。

2. 本人在此申请表上所填写的全部内容均确实无误，且已阅读并知晓《反保险欺诈提示》，如有虚假，愿承担法律责任。

3. 本人授权任何医生、医院、诊所、保险公司或任何组织，以及所有熟悉被保险人健康情况之人士，均可将被保险人此次意外或疾病，既往病症及病历之详细资料向贵公司及其代表说明。

4. 本人即使死亡或丧失能力，其继承人或受让人不可撤消或废止此项授权且仍需受此项授权约束。此授权书之复印件与正本具同样效力。

索赔申请人签署（必须申请人本人签署）\_\_\_\_\_（如为身故金领取，须所有保险金受益人签字确认）

签署日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日