

理赔申请表及填写指南

团体保险理赔申请表



投保单位名称*（必填）：_____

第一部分：一般资料

申请人姓名*：_____（申请人一般指保单受益人）
 证件类型*：☐居民身份证 ☐护照 ☐其他：_____ 证件号码*：□□□□□□□□□□□□□□□□ 证件有效期 _____
 手机*：_____ 或办公电话：_____ 邮箱地址*：_____
 国籍：_____ 性别：☐男 ☐女 职业：_____ 通讯地址：_____

（被保险人为申请人本人，无需填写此栏）

被保险人姓名*：_____ 与申请人关系*：☐子女 ☐配偶
 证件类型*：☐居民身份证 ☐护照 ☐其他：_____
 证件号码*：□□□□□□□□□□□□□□□□（子女无身份证号码，可填写子女出生日期） 证件有效期 _____
 国籍：_____ 性别：☐男 ☐女 职业：_____ 通讯地址：_____
 若被保险人为同一单位双职工子女，请填写申请人配偶姓名：_____ 身份证号码：□□□□□□□□□□□□□□□□

第二部分*：索赔项目/合计各项索赔金额

医疗适用 ☐门急诊医疗 ☐住院医疗 ☐意外医疗 ☐其他：_____

费用类别	诊治日期	诊治医院	病因	发票数量	发生金额	其它单证、文件

☐门诊费用：¥ _____ 发票总数量 _____ ☐住院费用：¥ _____ 发票总数量 _____

身故适用

死亡原因：_____ 死亡日期：_____

伤残适用

伤残诊断：_____ 就诊机构：_____

重大疾病适用

疾病诊断：_____ 诊断日期：_____ 就诊医院：_____

第三部分*：领款账户（如被保险人未满 18 周岁，需提供监护人的领款账户；为保证款项及时到账，请务必完整填写开户银行信息）

账户所有人（领款人）：_____ 银行账号：_____ 账户开户行：_____

反保险欺诈提示

最大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，将会受到最高十年以上有期徒刑，并处罚金或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（详见《刑法》第 198 条）。【行政责任】进行保险诈骗活动，尚不构成犯罪的，将会受到 15 日以下的拘留、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，也会受到相应行政处罚（详见全国人大常委会《关于惩治破坏金融秩序犯罪的决定》第 16、21 条）。【民事责任】故意或因重大过失未履行如实告知义务，或者投保人、被保险人故意制造保险事故的，保险公司不承担赔偿或给付保险金的责任；以伪造、变造的有关证明、资料或者其他证据，编造虚假的事故原因或者夸大损失程度的，保险公司对其虚报的部分不承担赔偿或给付保险金的责任。（详见《保险法》第 16、27 条）。

声明及授权

- 1、本人的陈述与事实确实无误，且已阅读并知晓《反保险欺诈提示》，若本人参与或实施保险欺诈行为，保险公司有权将相关索赔信息纳入保险行业共享范围。
- 2、本人授权被保险人接受过治疗或住院或具有他/她的健康情况的任何医生、医院、诊所，以及所有了解有关情况的个人及机构，均可将意外的细节、他/她的健康情况、过往病状，以及任何住院、治疗、疾病或不适、病历详细资料提供给保险公司及其授权的机构和个人。所有相关书面证明，以及本申请书所规定的各种资料等，本人愿意承担由此产生的一切法律责任，本授权声明之影印件亦有效。
- 3、本人同意保险公司的赔偿款项通过银行成功转账至本人领款账户则视为本人已收到该笔赔偿款项。
- 4、本人了解并同意所填写的理赔申请书，并不代表贵公司已承诺向本人履行赔偿责任。

被保险人/申请人签名*：_____

签署日期*：_____

（所有申请人均需签名，如被保险人/申请人未满 18 周岁，则由监护人签名）