

# 团体人身险理赔申请书

以下栏目请申请人填写

|   |  |       |       |  |       |
|---|--|-------|-------|--|-------|
| 理赔申请事项： <input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 伤残 <input type="checkbox"/> 住院医疗 <input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 住院津贴 <input type="checkbox"/> 意外医疗 <input type="checkbox"/> 其他 |  |       |       |  |       |
| 单位名称：   |  |       | 保单号码： |  |       |
| 被保险人姓名：   |  | 性别：   | 年龄：   | 证件类型：  | 证件号码： |
| 本次索赔状况： <input type="checkbox"/> 首次索赔 <input type="checkbox"/> 再次索赔   |  | 索赔金额： |       | 被保险人现状： <input type="checkbox"/> 已痊愈 <input type="checkbox"/> 治疗中 <input type="checkbox"/> 死亡或残疾 <input type="checkbox"/> 其他 |       |
| 出<br>险<br>情<br>况  | 是否在其他保险公司投保相应保险？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否                   |       |       | 是否已向本公司就本次事故报案？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否  |       |
|   | 是否已在其他保险公司或福利计划中获得赔偿？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若是，已获得赔偿金额为： |       |       |  |       |
|   | 事故是否报公安/交警/劳动或卫生部门处理？ <input type="checkbox"/> 是（请附相关材料） <input type="checkbox"/> 否      |       |       |  |       |
|   | 事故者如身故，是否已检验死因？ <input type="checkbox"/> 是（请附报告） <input type="checkbox"/> 否              |       |       |  |       |
|   | 出险情况描述：（包括出险时间、地点、事故原因、经过、相关人员、结果或预期发展结果等）   |       |       |  |       |
| 申请人姓名：  |  | 证件号码： |       | 联系电话：  |       |
| 联系地址：   |  |       |       | 邮编：  |       |
| 申请人与被保险人关系： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 身故受益人/继承人 <input type="checkbox"/> 法定监护人 <input type="checkbox"/> 委托代理人  |  |       |       |  |       |
| 本人授权同方全球人寿保险有限公司将赔款划至以下指定账户：  |  |       |       |  |       |
| 开户行：  |  | 户名：   | 授权账号： |  |       |
| <b>被保险人声明与授权：</b>   |  |       |       |  |       |
| 1、上述各项填报及本人提供的一切资料，均完全属实，如虚假或隐瞒实情，同方全球人寿保险有限公司有权拒付保险金并依法追究法律责任；   |  |       |       |  |       |
| 2、同意贵公司向医疗及其他有关单位和个人调阅、摘抄、复印与本理赔申请相关的资料，承诺配合贵公司合理的调查行为，例如按要求至指定的鉴定机构进行鉴定、接待调查人员的拜访等，若本人未尽上述同意或承诺义务致使贵公司无法理赔，本人愿承担由此产生的一切法律后果；   |  |       |       |  |       |
| 3、本人同意自行承担因账号提供错误而致划账不成功的后果；  |  |       |       |  |       |
| 4、本人授权贵公司业务员_____办理本次理赔申请的以下事项：<br><input type="checkbox"/> 各种理赔申请资料的交接手续 <input type="checkbox"/> 理赔款项的转账手续  |  |       |       |  |       |
| 申请人签名：  |  |       |       | 日期： 年 月 日  |       |

## 投保单位确认

|                       |           |
|-----------------------|-----------|
| 被保险人单位公章或人事部门印章：（印章处） | 日期： 年 月 日 |
|-----------------------|-----------|

## 理赔申请资料

本次索赔所附申请材料如下：  
 医疗费收据原件/复印件（ ）份 票面金额\_\_\_\_\_元 医疗费用报销分割单（ ）份 未报销金额\_\_\_\_\_元  
 其他相关材料：

| 原件                                  | 复印件      | 原件                                | 复印件      | 原件                               | 复印件      |
|-------------------------------------|----------|-----------------------------------|----------|----------------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> 保单凭证       | （ ）份（ ）份 | <input type="checkbox"/> 医疗费收据    | （ ）份（ ）份 | <input type="checkbox"/> 处方      | （ ）份（ ）份 |
| <input type="checkbox"/> 被保险人参保证明   | （ ）份（ ）份 | <input type="checkbox"/> 费用报销分割单  | （ ）份（ ）份 | <input type="checkbox"/> 代理人身份证明 | （ ）份（ ）份 |
| <input type="checkbox"/> 被保险人身份证明   | （ ）份（ ）份 | <input type="checkbox"/> 残疾程度鉴定书  | （ ）份（ ）份 | <input type="checkbox"/> 银行存折复印件 | （ ）份（ ）份 |
| <input type="checkbox"/> 诊断证明书      | （ ）份（ ）份 | <input type="checkbox"/> 住院费结算明细表 | （ ）份（ ）份 | <input type="checkbox"/> 受益人身份证明 | （ ）份（ ）份 |
| <input type="checkbox"/> 病历、出院小结    | （ ）份（ ）份 | <input type="checkbox"/> 死亡证明书    | （ ）份（ ）份 | <input type="checkbox"/> 受益人关系证明 | （ ）份（ ）份 |
| <input type="checkbox"/> 病理、血液、X光报告 | （ ）份（ ）份 | <input type="checkbox"/> 丧葬、火化证明  | （ ）份（ ）份 | <input type="checkbox"/> 授权委托书   | （ ）份（ ）份 |
| <input type="checkbox"/> 意外事故证明     | （ ）份（ ）份 | <input type="checkbox"/> 户籍注销证明   | （ ）份（ ）份 |                                  |          |

其他材料：\_\_\_\_\_

# 团体人身险理赔须知

## 尊敬的客户：

为使您方便、快捷地完成理赔申请，在填写《团体人身险理赔申请书》前，请仔细阅读以下内容：

### 一、《团体人身险理赔申请书》填写指引

- 1、请用蓝黑墨水笔清楚、正确、完整地填写理赔申请书，如有遗漏，将会因退回补充填写而延误理赔时间；
- 2、下列人员可以作为申请人，向保险公司请求保险金给付：
  - (1) 被保险人
  - (2) 身故受益人
  - (3) 被保险人法定继承人
  - (4) 被授权代理人
  - (5) 法定监护人
- 3、由申请人填写申请书，并提供理赔资料，交给投保单位统一代为办理，本申请书要求投保单位签章确认。

### 二、理赔申请资料指引

| 理赔申请所需资料   | 资料提供者           |
|--|-----------------|
| (1) 保险单或保险凭证（保险合同的正本第一页复印件）、被保险人参保证明                             | 投保人             |
| (2) 被保险人身份证明（身份证、护照、军官证、出生证明或户口本等复印件）                            | 被保险人            |
| (3) 受益人身份证明（身份证、护照、军官证或户口本等复印件）、关系证明                             | 受益人             |
| (4) 被保险人残疾程度鉴定书  | 保险公司指定或认可残疾鉴定机构 |
| (5) 出院小结、住院费明细结算表、诊断证明书、处方、病历及医疗费原始收据                            | 被保险人就诊的医疗机构     |
| (6) 被保险人病历、病理、血液或淋巴检验报告  | 被保险人就诊的医疗机构     |
| (7) 被保险人医学死亡证明书  | 法律上认可的机构        |
| (8) 宣告死亡证明文件   | 人民法院            |
| (9) 被保险人户籍注销证明   | 被保险人户籍所在派出所     |
| (10) 火化证明或殡葬证  | 殡仪馆             |
| (11) 保险公司认为必要且与确认保险事故的性质、原因等有关的其它证明和资料                           | 相关机构            |
| 其中   |                 |
| <input type="checkbox"/> 身故保险金的申请： (1) (3) (7) (8) (9) (10) (11) |                 |
| <input type="checkbox"/> 残疾保险金的申请： (1) (2) (4) (11)              |                 |
| <input type="checkbox"/> 医疗保险金的申请： (1) (2) (5) (6) (11)          |                 |
| <input type="checkbox"/> 重大疾病保险金的申请： (1) (2) (5) (6) (11)        |                 |
| <input type="checkbox"/> 住院津贴保险金的申请： (1) (2) (5) (6) (11)        |                 |

### 三、理赔注意事项

- 1、当发生保险责任范围内的保险事故时，投保人、被保险人或受益人应于知道或应当知道保险事故发生之日起十个工作日内通知保险公司（电话、传真、邮件、书面等）；
- 2、根据《中华人民共和国保险法》的相关规定，人寿保险的被保险人或者受益人对保险人请求给付保险金的权利，自其知道保险事故发生之日起五年不行使而消灭；人寿保险意外的其他保险的被保险人或者受益人，对保险人请求赔偿或者给付保险金的权利，自其知道保险事故发生之日起二年不行使而消灭。超过申请期限的申请，本公司不予受理。
- 3、通过银行转账支付保险金必须清楚准确填写开户行、账号及授权书。
- 4、如委托他人代办时，除申请时所需提供文件外，还需提供由申请人签名或盖章的委托书和代办人的身份证原件。
- 5、申请人为法定继承人时，需提供申请人身份证明及与被保险人关系证明。
- 6、对于无民事行为能力或限制行为能力的被保险人，其监护人依法由被保险人居住地居委会指定。