

团体人身保险理赔申请书

申请授权资料



* 3 0 0 1 4 *

为了维护您的合法权益, 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; 家属部分为连带被保险人申请理赔时填写(家属如为未成年人无身份证号码请填写出生日期)。

*索赔类型	住院医疗 () 意外医疗 () 住院津贴 () 疾病残疾 () 意外身故 () 疾病身故 () 重大疾病 () 意外残疾 ()										
*单位名称			保单号码			工作地点					
*员工姓名			*性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日	职业				
*证件号码			证件有效期			国籍					
*证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 军官证、士兵证 <input type="checkbox"/> 港澳台回乡证或台胞证 <input type="checkbox"/> 出生证 <input type="checkbox"/> 户口本										
*家属姓名			与员工关系	<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母	*性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日			
*证件号码			证件有效期			国籍			职业		
*证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 军官证、士兵证 <input type="checkbox"/> 港澳台回乡证或台胞证 <input type="checkbox"/> 出生证 <input type="checkbox"/> 户口本										

*申请赔付金额≥1万元, 必需填写身份证明有效期、国籍、职业, 并请提供身份证复印件

为便于中国平安及时与您联系, 请您清楚完整的填写此部分信息

固定电话			*手机号码			电子邮件		
联系地址	<input type="checkbox"/> 住所地 <input type="checkbox"/> 工作单位地址		省/直辖市	市	区/县	邮政编码		

* 保 险 事 故 经 过	保险事故发生具体时间(****年**月**日**时**分)、地点及经过:					*被保险人现状: <input type="checkbox"/> 已痊愈 <input type="checkbox"/> 治疗中 <input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 残疾 <input type="checkbox"/> 其他	
	*保险事故是否报公安/交警/劳动或卫生部门处理, <input type="checkbox"/> 是(请附材料) <input type="checkbox"/> 否						
	*保险事故者如身故, 是否已验明死因(如身故必填) <input type="checkbox"/> 是(请附报告) <input type="checkbox"/> 否						

*被保险人有否正在申请或已获其它保险公司、其它福利保障计划等其它途径的给付及补偿, 如有, 请详述:

*保险金领取方式: 自领 银行转账(银行账户仅限受益人本人账户, 需详细填写开户银行、户名、账号, 并请附存折/银行卡复印件)
温馨提示: 如需委托领取, 请您完善委托手续, 必要时还须公证。

开户银行			户名			账号		
------	--	--	----	--	--	----	--	--

本次提交的理赔申请材料(其中3--19可为复印件, 对前述复印件, 必要时本公司可要求提供原件):

- (1) 保单凭证原件/复印件 () 份 (2) 医疗费用凭证原件/复印件 () 份
- (3) 事故者身份证明 () 份 (4) 丧葬、火化证明 () 份 (5) 医疗费结算明细 () 份
- (6) 受益人身份证明 () 份 (7) 授权委托书 () 份 (8) 疾病诊断书 () 份
- (9) 受益人关系证明 () 份 (10) 代理人身份证明 () 份 (11) 病历、出院小结 () 份
- (12) 居民死亡证明 () 份 (13) 意外事故证明 () 份 (14) 处方 () 份
- (15) 户口注销证明 () 份 (16) 残疾鉴定报告 () 份 (17) 病理/血液/影像报告 () 份
- (18) 银行存折 () 份 (19) 其他---

还需补充的材料:

*保险服务人员:	*签收日期:	年 月 日	*理赔受理人员:	*签收日期:	年 月 日
所属部区:	联系电话:		联系电话:		

签收人员/时间:

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:

- 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。
- 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)。
- 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, 并同意负责因平安养老保险股份有限公司原因导致转账不成功的后果。
- 本人同意提供给平安集团(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)的信息, 及本人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), 可用于平安集团及因服务必要而委托的第三方为本人提供服务及推荐产品, 法律禁止的除外。平安集团及其委托的第三方对上述信息负有保密义务。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。

*理赔申请人/受益人签章	*申请提交日期	年 月 日
*理赔申请人与被保险人关系:	<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他:	

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，需提供全体受益人签署的《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	1.2.3.4.5.6.	1. 保险凭证原件/复印件 2. 医疗费用原始凭证 12. 残疾鉴定报告
住院（或手术）津贴	1.2.3.4.5	* 以下送审材料可为复印件 3. 被保险人身份证明
癌症津贴	1.2.3.4.5.7.	4. 门诊病历 5. 住院病历或出院小结
重大疾病	1.3.4.5.7	6. 医疗费用明细清单/处方 7. 病理/血液/影像检查报告
意外伤残	1.3.4.5.11.12	8. 居民死亡医学证明书或法医鉴定书 9. 户口注销证明
意外身故	1.3.4.5.8.9.10.11.13.14	10. 丧葬火化证明 11. 有关部门出具的意外事故证明
疾病身故	1.3.4.5.8.9.10.13.14	13. 受益人身份证明 14. 受益人与被保险人关系证明
意外伤害门诊医疗	1.2.3.4.6.11	15. 疾病诊断书 注：对上述复印件，必要时本公司需要求提供原件

- 3、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。