

中信保诚人寿保险有限公司

团体保险理赔申请表

保险合同号：		投保单位名称：				
保单服务人员姓名/工号：		组织代码：		联系电话：		
被 保 险 人	姓名：	性别：	职业：	联系电话：		
	国籍：	证件类型：	证件号码：	证件有效期：		
	通讯地址：	邮政编码：		电子邮箱：		
申 请 人	若申请人为被保险人本人，此栏可不填写					
	姓名：	性别：	与被保险人关系： <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他		联系电话：	
	国籍：	证件类型：	证件号码：		证件有效期：	
	职业：	通讯地址：	邮政编码：	电子邮箱：		
出险类型： <input type="checkbox"/> 意外 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 生育 <input type="checkbox"/> 体检 <input type="checkbox"/> 其他						
索赔责任： <input type="checkbox"/> 医疗费用 <input type="checkbox"/> 住院津贴 <input type="checkbox"/> 手术津贴 <input type="checkbox"/> 伤残 <input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 身故						
事 故 概 况	出险日期：_____年____月____日		事故地点：			
	详细经过（事故原因/经过，治疗过程，派出所、交警、劳动部门或其他部门有无介入等）					
医 疗 费 用	序号	就诊日期	就诊医院	诊断或病因	收据数量	收据金额
	1					
	2					
	3					
	4					
	5					
	合计					
本人同意中信保诚人寿保险有限公司将本次理赔保险金通过银行转账方式转入以下账户：						
开户银行：_____银行_____支行		户名：		账号：		
是否已获取其他途径报销： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			获赔金额：			
投保单位声明 本单位已核实被保险人是本单位的 <input type="checkbox"/> 员工 <input type="checkbox"/> 员工家属 联系人姓名：_____ 联系电话：_____ 确认日期：_____ 投保单位盖章：			申请人授权及声明 1. 兹声明，本人对医生的陈述、本申请表和随附文件记载内容保证确实无误。 2. 兹授权任何医疗机构、医护人员、公安机关、保险公司、工作单位或其他机构及人士，均可以将有关本人身体状况的资料、事故证明或其他与本人身份、职业、财务相关的资料提供给中信保诚人寿保险有限公司及其代表。 3. 兹同意承担因银行账号提供错误导致转账不成功的一切后果，贵公司不承担责任。			
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，以保险欺诈罪的共犯论处。 【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的，保险公司不承担赔偿或给付保险金的责任。						
索赔资料交接表，本次申请已提交的材料：						
通用资料	<input type="checkbox"/> 被保险人身份证明		<input type="checkbox"/> 申请人身份证明		<input type="checkbox"/> 申请人与被保险人的关系证明 <input type="checkbox"/> 银行卡/存折	
医疗索赔	<input type="checkbox"/> 门诊病历/出院小结		<input type="checkbox"/> 检查检验报告		<input type="checkbox"/> 医疗费用明细清单	
	<input type="checkbox"/> 医疗费用收据原件		<input type="checkbox"/> 医疗费用收据复印件		<input type="checkbox"/> 社保结算单/其他机构给付结算单	
意外	<input type="checkbox"/> 意外事故证明 <input type="checkbox"/> 驾驶证 <input type="checkbox"/> 行驶证 <input type="checkbox"/> 其他		伤残	<input type="checkbox"/> 残疾鉴定意见书		
重疾	<input type="checkbox"/> 病理组织检验报告（恶性肿瘤申请重大疾病）		身故	<input type="checkbox"/> 死亡证明 <input type="checkbox"/> 户籍注销证明 <input type="checkbox"/> 殡葬证明		
申请人签名：		申请日期：		同一事故： <input type="checkbox"/> 首次索赔 <input type="checkbox"/> 再次索赔		
代理人签名：		收件日期：		代理人联系电话：		
受理人签名：		受理日期：		理赔号码：		

注：填写注意事项及理赔所需资料请参阅背面。