

团体保险理赔申请书

(以下带*项为必填项)

保险事故出险人信息	*单位名称			保单号码		
	*出险人姓名		*性别	*年龄	工号	*性质 <input type="checkbox"/> 主被保险人 <input type="checkbox"/> 附属被保险人
	*证件类型 <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 户口簿 <input type="checkbox"/> 其他_____				*证件号码	
	工作地点		工作部门		*联系电话	
	*出险原因 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 意外 <input type="checkbox"/> 生育			*出险人状况 <input type="checkbox"/> 痊愈 <input type="checkbox"/> 治疗中 <input type="checkbox"/> 身故		
	*索赔类型 *本次申请已提交的材料 (请根据理赔须知中的指引提供材料, 并在如下表格中勾选)					
	<input type="checkbox"/> 身故保险	<input type="checkbox"/> 医学死亡证明 <input type="checkbox"/> 户籍注销证明 <input type="checkbox"/> 火化证明			<input type="checkbox"/> 出险人身份证明 <input type="checkbox"/> 门诊病历 <input type="checkbox"/> 住院出院小结 <input type="checkbox"/> 公安/交警/劳动/卫生部门处理材料 <input type="checkbox"/> 身故受益人身份证明、关系证明或公证书 <input type="checkbox"/> 其他	
	<input type="checkbox"/> 残疾保险	<input type="checkbox"/> 残疾程度鉴定书				
	<input type="checkbox"/> 重大疾病	<input type="checkbox"/> 重疾诊断相关的病理/血液/影像报告				
	<input type="checkbox"/> 住院津贴	<input type="checkbox"/> 发票复印件 <input type="checkbox"/> 医疗费用明细 合计住院()天				
<input type="checkbox"/> 医疗费用报销	<input type="checkbox"/> 发票/社保结算单原件 合计()张, 总金额: ()元 <input type="checkbox"/> 医疗费用明细					
*保险事故经过						
*保险事故是否报公安/交警/劳动/卫生部门处理: <input type="checkbox"/> 是 (请附材料) <input type="checkbox"/> 否						
*保险事故发生具体时间(****年**月**日**时**分)、地点及详细经过:						
申请人信息	*理赔申请人与出险人关系: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 身故受益人 <input type="checkbox"/> 法定监护人 <input type="checkbox"/> 委托代理人(需提供委托书及代理人身份证明)					
	*申请人姓名			*申请人证件号		
	*联系电话			联系邮箱		
理赔转账信息	温馨提示: 若您需要对本次理赔的转账帐号进行授权, 请在下方的表格中填写具体的账号信息。银行帐户仅限出险人/受益人或法定监护人本人账户。您填写了账号信息视为授权保险公司将理赔款划入您填写的银行帐户, 并同意负责承担因非保险公司原因所导致的后果。为保证理赔款资金安全, 若您无此需求, 请用斜划线在下面表格空白处表示, 谢谢您的配合。					
	开户银行(全称)		户名		帐号	
【提示】 对于以上案件若需要补充其他资料, 保险公司会在案件结案后通知您所需补充的资料, 请您务必填写正确的联系方式。 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。						
声明与授权: 1、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, 并无虚假及重大遗漏, 且已阅读并知晓《保险反欺诈提示》。如有虚假不实或隐瞒情况太平养老保险股份有限公司有权拒付保险赔偿金并依法追究法律责任。 2、本人授权任何单位或个人均可向太平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(包括病历、司法证明材料等), 由此产生的一切法律后果由本人承担。						
投保单位签章:			*理赔申请人签章:			
			理赔申请提交日期: 年 月 日			

理赔须知

一、理赔申请指引

- 1、请用蓝黑墨水笔清楚、正确、完整地填写理赔申请书，对于带*号的项目为必填项，如有遗漏，将会因退回补充填写而延误理赔时间；
- 2、申请人一般为被保险人本人/法定监护人或其身故受益人；若委托其他人申请，需提交授权委托书及被委托人的身份证明；
- 3、如果被保险人与附属被保险人均需要申请理赔，请填写两份理赔申请书；
- 4、如果出险人不是被保险人、事故时间不在保险有效期内、或申请人资格不符，保险公司将不予受理。
- 5、对于索赔不同类型的必备基本材料详见下述第二条，您在递交理赔时若缺少这些必备资料，保险公司将不予受理。对于理赔审核过程中，认为还需要补充其他材料的，将会另行通知您补充。

二、理赔申请资料指引

- 1、所有意外事故均需要提供意外事故证明（请于申请书的“保险事故经过”栏详述）；
- 2、所有已报公安/交警/劳动/卫生部门处理的事故需要提供相关部门的处理材料；
- 3、身故保险以及在被保险人身故后提交的所有其他类型保险均需提供所有受益人身份证明、与被保险人的关系证明及所有受益人账号信息。必要时将会要求提供公证书。

其他理赔申请必备基本资料如下：

(1) 被保险人身份证明（身份证、护照、户口簿等复印件）
(2) 被保险人医疗费用发票/社保结算单及费用明细清单原件
(3) 被保险人医疗费用发票及费用明细清单复印件
(4) 被保险人门诊病历及/或住院出院小结复印件
(5) 被保险人病理、影像、血液或淋巴检验报告复印件
(6) 被保险人残疾程度鉴定书复印件
(7) 被保险人死亡三证复印件（医学死亡证明书、户籍注销证明、火化证明）
<input type="checkbox"/> 身故保险： (1) (4) (7)
<input type="checkbox"/> 残疾保险： (1) (4) (6)
<input type="checkbox"/> 重大疾病保险： (1) (4) (5)
<input type="checkbox"/> 住院津贴保险： (1) (3) (4)
<input type="checkbox"/> 医疗费用报销： (1) (2) (4)