

团体人身保险理赔申请书

投保单位名称						保单合同号			
被保险人姓名		性别		年龄		证件号码			
工作单位		职业		国籍		证件有效期	年	月	日
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								
联系地址				联系电话			电子邮箱		
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					是否异地	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	
索赔类型	<input type="checkbox"/> 意外身故 <input type="checkbox"/> 疾病身故 <input type="checkbox"/> 意外残疾 <input type="checkbox"/> 疾病残疾 <input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 意外医疗 <input type="checkbox"/> 住院医疗 <input type="checkbox"/> 住院津贴 <input type="checkbox"/> 其他								
事故详细经过: (保险事故发生具体时间、地点及经过)									
投保单位签章:									
被保险人是否有正在申请或已获其他保险公司、其他福利保障计划等其他途径的给付及补偿: <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 (请详述)									
申请人姓名		性别		年龄		证件号码			
工作单位		职业		国籍		证件有效期	年	月	日
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								
联系地址				联系电话			电子邮箱		
是否委托办理	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	与被保险人关系					联系电话		
被委托人身份	<input type="checkbox"/> 业务员 (代码: 营业区 部) <input type="checkbox"/> 家属 <input type="checkbox"/> 同事 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 律师 <input type="checkbox"/> 其他								
保险金领取方式: 银行转帐 (身故索赔的仅限受益人或合法继承人账户, 其他索赔的仅限被保险人本人账户)									
开户银行				户名			帐号		
声明及授权: 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, 如有虚假不实或隐瞒情况, 百年人寿保险股份有限公司有权拒付保险赔偿金。 2、本人授权任何单位或个人均可向百年人寿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)。 3、本人授权百年人寿保险股份有限公司将保险赔偿金直接划入被保险人提供的上述银行账户, 并同意承担因非百年人寿保险股份有限公司导致转帐不成功的责任。 4、本人全部个人资料, 仅限于百年人寿保险股份有限公司其认为业务必要而委托的第三方为本人提供高质量的客户服务及推荐产品之用。百年人寿及必要第三方对本人的个人信息负有保密义务。									
申请人签章: _____ 年 月 日									

以下栏目由公司理赔受理人员填写、申请人确认。

本公司现收到理赔申请材料如下:			
	原件	复印件	
<input type="checkbox"/> 保单凭证	() 份	() 份	<input type="checkbox"/> 医疗费收据
<input type="checkbox"/> 事故者身份证明	() 份	() 份	<input type="checkbox"/> 残疾鉴定报告
<input type="checkbox"/> 处方	() 份	() 份	<input type="checkbox"/> 疾病诊断书
<input type="checkbox"/> 医疗费结算明细表	() 份	() 份	<input type="checkbox"/> 居民死亡证明
<input type="checkbox"/> 病历、出院小结	() 份	() 份	<input type="checkbox"/> 丧葬、火化证明
<input type="checkbox"/> 病理、血液 X 光报告	() 份	() 份	<input type="checkbox"/> 户口注销证明
<input type="checkbox"/> 意外事故证明	() 份	() 份	<input type="checkbox"/> 受益人身份证明
<input type="checkbox"/> 代理人身份证明	() 份	() 份	<input type="checkbox"/> 受益人关系证明
<input type="checkbox"/> 授权委托书	() 份	() 份	<input type="checkbox"/> 银行存折/银行卡
<input type="checkbox"/> 其它:			
注: 对上述复印件, 必要时本公司可要求提供原件。 还需补充提供的证明材料:			
提交人签名:	日期:	公司签收人:	日期:
补充材料收到的时间及签收:			

理赔申请材料退件签收栏: <div style="text-align: right;"> 签收人: _____ 日期: _____ </div>
--

第一联: 由百年人寿保险股份有限公司留存

团体人身保险理赔申请书

投保单位名称						保单合同号		
被保险人姓名		性别		年龄		证件号码		
工作单位		职业		国籍		证件有效期	年 月 日	
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							
联系地址				联系电话			电子邮箱	
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					是否异地	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
索赔类型	<input type="checkbox"/> 意外身故 <input type="checkbox"/> 疾病身故 <input type="checkbox"/> 意外残疾 <input type="checkbox"/> 疾病残疾 <input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 意外医疗 <input type="checkbox"/> 住院医疗 <input type="checkbox"/> 住院津贴 <input type="checkbox"/> 其他							
事故详细经过: (保险事故发生具体时间、地点及经过)								
投保单位签章:								
被保险人是否有正在申请或已获其他保险公司、其他福利保障计划等其他途径的给付及补偿: <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 (请详述)								
申请人姓名		性别		年龄		证件号码		
工作单位		职业		国籍		证件有效期	年 月 日	
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							
联系地址				联系电话			电子邮箱	
是否委托办理	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	与被保险人关系					联系电话	
被委托人身份	<input type="checkbox"/> 业务员 (代码: 营业区 部) <input type="checkbox"/> 家属 <input type="checkbox"/> 同事 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 律师 <input type="checkbox"/> 其他							
保险金领取方式: 银行转帐 (身故索赔的仅限受益人或合法继承人账户, 其他索赔的仅限被保险人本人账户)								
开户银行				户名			帐号	
声明及授权: 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, 如有虚假不实或隐瞒情况, 百年人寿保险股份有限公司有权拒付保险赔偿金。 2、本人授权任何单位或个人均可向百年人寿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)。 3、本人授权百年人寿保险股份有限公司将保险赔偿金直接划入被保险人提供的上述银行账户, 并同意承担因非百年人寿保险股份有限公司导致转帐不成功的责任。 4、本人全部个人资料, 仅限于百年人寿保险股份有限公司其认为业务必要而委托的第三方为本人提供高质量的客户服务及推荐产品之用。百年人寿及必要第三方对本人的个人信息负有保密义务。								
申请人签章: _____ 年 月 日								

第二联: 由被保险人本人留存

以下栏目由公司理赔受理人员填写、申请人确认。

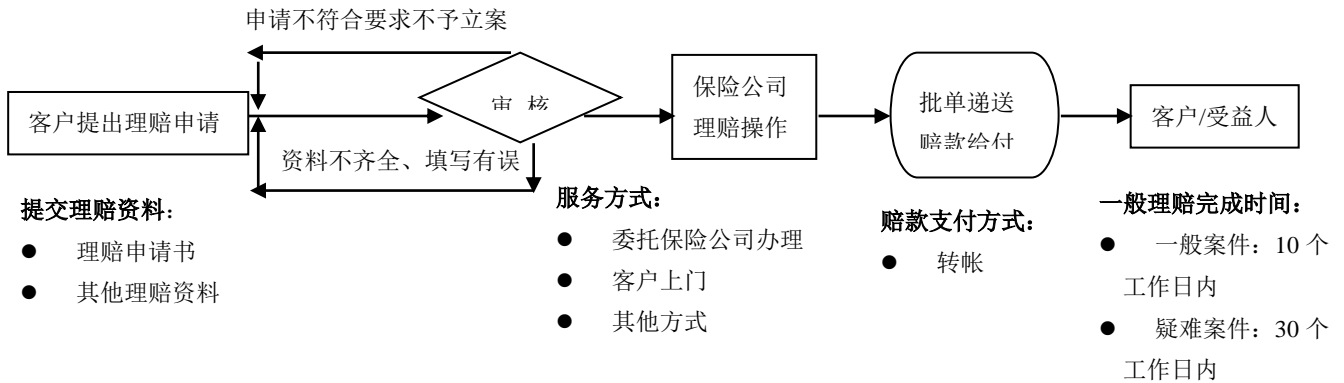
本公司现收到理赔申请材料如下:							
	原件	复印件		原件	复印件		
<input type="checkbox"/> 保单凭证	() 份	() 份	<input type="checkbox"/> 医疗费收据	() 份	() 份		
<input type="checkbox"/> 事故者身份证明	() 份	() 份	<input type="checkbox"/> 残疾鉴定报告	() 份	() 份		
<input type="checkbox"/> 处方	() 份	() 份	<input type="checkbox"/> 疾病诊断书	() 份	() 份		
<input type="checkbox"/> 医疗费结算明细表	() 份	() 份	<input type="checkbox"/> 居民死亡证明	() 份	() 份		
<input type="checkbox"/> 病历、出院小结	() 份	() 份	<input type="checkbox"/> 丧葬、火化证明	() 份	() 份		
<input type="checkbox"/> 病理、血液 X 光报告	() 份	() 份	<input type="checkbox"/> 户口注销证明	() 份	() 份		
<input type="checkbox"/> 意外事故证明	() 份	() 份	<input type="checkbox"/> 受益人身份证明	() 份	() 份		
<input type="checkbox"/> 代理人身份证明	() 份	() 份	<input type="checkbox"/> 受益人关系证明	() 份	() 份		
<input type="checkbox"/> 授权委托书	() 份	() 份	<input type="checkbox"/> 银行存折/银行卡	() 份	() 份		
<input type="checkbox"/> 其它:							
注: 对上述复印件, 必要时本公司可要求提供原件。 还需补充提供的证明材料:							
提交人签名:	日期:			公司签收人:	日期:		
补充材料收到的时间及签收:							

理赔申请材料退件签收栏: <div style="text-align: right;"> 签收人: _____ 日期: _____ </div>
--

理赔须知

为了能准确、高效、快捷地处理您提出的理赔申请，在填写并办理理赔申请时，请仔细阅读下列理赔须知：

一、一般理赔流程指引



二、理赔申请指引

- 1、请用蓝、黑墨笔清楚、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、申请人为被保险人本人或其身故受益人；
- 3、本理赔申请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，本申请书要求申请人、投保单位签章确认；
- 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，本公司将不予立案。

三、理赔申请资料指引

理赔申请所需资料	申请人从下列资料提供者获取
(1) 保险单或保险凭证（保险合同的第一页复印件）	投保人
(2) 被保险人身份证明（身份证、护照、军官证或户口本等复印件）	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）	受益人
(4) 被保险人残疾程度鉴定书	保险公司指定或认可的残疾鉴定机构
(5) 出院小结、疾病诊断证明书、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	居委会、卫生防疫站及其他法律上认可的
(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) 公司认为必要的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	
★身故保险金的申请：	(1) (2) (3) (7) (8) (9) (10)
★残疾保险金的申请：	(1) (2) (4) (10)
★意外医疗保险金的申请：	(1) (2) (5) (6) (10)
★重大疾病保险金的申请：	(1) (2) (6) (10)
★住院医疗保险金的申请：	(1) (2) (5) (6) (10)