

团体保险理赔申请表

为保障您的权益，请详细填写以下资料

服务营销员姓名/代码：

联系电话：

保险合同号：		投保单位名称：		理赔号码：	
事故人	姓名：	证件号码：		联系电话：	
	职业：	通讯地址：			
申请人	姓名：	证件号码：	联系电话：		职业：
	通讯地址：		与事故人的关系：		
申请项目： ☐ 医疗费用 ☐ 津贴 ☐ 伤残 ☐ 重大疾病 ☐ 身故 ☐ 年金 ☐ 其他_____					
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，就诊医院，治疗过程，派出所、交警、劳动部门或其他部门有无介入等）				
是否已获取其他途径报销： ☐ 是 ☐ 否			获赔途径/金额：		
支付方式	非身故理赔：				
	户名：_____ 开户银行：_____ 银行_____ 支行_____ 账号：_____				
身故理赔： 身故保险金以银行自动转账方式支付，请填写《身故受益人确认表》					

理赔资料及交接表

申请项目		医疗费用/津贴	残疾/重大疾病	身故	原件份数	复印件份数
1、责任认定及金额确定证明类	门诊病历、出院小结、检查检验报告	✓	✓	✓		
	医疗费用正式收据	✓				
	门诊/住院费用清单、医疗保险结算单	✓				
	意外事故证明（公安机关等出具的资料）	✓	✓	✓		
	死亡证明、户籍注销证明			✓		
2、支付信息类	银行账户（卡）复印件	✓	✓	✓		
3、身份证明类	被保险人身份证明	✓	✓	✓		
	监护人身份证明及与被保险人关系证明（被保险人为未成年人时）	✓	✓			
	受益人身份证明及与被保险人关系证明			✓		

声明及个人信息使用授权确认

- 本人确认，本人已经通过查阅中信保诚人寿保险有限公司官网（网址：www.citic-prudential.com.cn）的内容，阅读、理解并同意《中信保诚隐私政策》的全部内容。本人确认提交中信保诚人寿保险有限公司的个人信息为本人自愿提供的真实信息，本人提供的被保险人及受益人的个人信息均已获得个人信息主体的明确授权同意。投保人、被保险人及受益人信息、理赔事项相关信息均准确无误，健康、财务、转账授权信息及其他告知信息属实。若信息不实，本人承担相应的法律责任。
- 兹授权中信保诚人寿保险有限公司按相关法律法规规定的保存期限保留投保人、被保险人的个人信息，除非需要延长保留期或受到法律的允许。同意根据保险法、反洗钱法的相关规定，相关个人信息从保险合同终止之日起计算至少保存 10 年。
- 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。
- 本人充分理解并同意，基于履行保险合同及反洗钱、反欺诈等法定义务的必要性，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、中信保诚人寿保险有限公司授权的第三方（含转委托）公司或其他机构及人士，均可以将有关投保人或被保险人的身体状况资料、投保资料、事故证明、保险事故信息、就诊情况及其他与投保人或被保险人的身份、职业、财务、联系方式相关的资料提供给中信保诚人寿保险有限公司及其代表。
- 本人充分理解并同意，基于履行保险合同及反洗钱、反欺诈等法定义务的必要性，兹授权中信保诚人寿保险有限公司及合作机构有权在法律法规许可的范围内向第三方合作机构提供及查询、搜集、记录、核实、保存处理、传输部分或全部个人信息（包括但不限于核实本人身份、健康信息）。本人已经通过《中信保诚隐私政策》中“我们如何委托处理、对外提供、转让、公开披露您的个人信息”及“您的个人信息如何在全球范围转移”的内容，充分理解此类个人信息共享的范围、共享目的和接收方身份。
- 兹授权中信保诚人寿保险有限公司以银行自动转账方式支付保险金，并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，中信保诚人寿保险有限公司不承担责任。

申请人签名：_____ 日期：_____ 受益人签名：_____ 日期：_____

反保险欺诈提示

请您与我们一同杜绝以下骗取保险金的行为：1. 故意虚构保险标的；2. 对发生的保险事故编造虚假的原因或夸大损失的程度；3. 编造未曾发生的保险事故；4. 故意造成财产损失的保险事故；5. 故意造成被保险人死亡、伤残或者疾病的。

进行保险诈骗犯罪行为活动，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；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；保险公司不承担赔偿或给付保险金的责任，保险事故的鉴定人、证明人、财产评估人故意提供虚假的证明，为他人欺诈提供条件的，将会受到相应的刑事或行政处罚。