



团体人身保险理赔申请书

为了维护您的正当权益，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)

*索赔类型	住院医疗 () 意外医疗 () 住院安心 () 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		
*被保险人姓名	*性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	*年龄		*国籍	
*证件号码				*证件有效期		
*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 <input type="checkbox"/> 驾驶证					
*固定电话	区号 _____ 号码 _____ 分机 _____			*手机号码		
*联系地址	_____ 省/直辖市 _____ 市 _____ 区/县 _____				*邮政编码	
其他个人信息(可选填)	婚姻状况: <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚	教育水平:		电子邮件:	@ _____	
* 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: 投保单位签章栏:				*被保险人现状:	
	*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				<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	
*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: <input type="checkbox"/> 自领 <input type="checkbox"/> 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) 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		
*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					
本次提交的理赔申请材料: <input type="checkbox"/> (1) 保单凭证原件/复印件 () 份 <input type="checkbox"/> (2) 医疗费用凭证原件/复印件 () 份 以下送审材料可为复印件 <input type="checkbox"/> (3) 事故者身份证明 () 份 <input type="checkbox"/> (4) 丧葬、火化证明 () 份 <input type="checkbox"/> (5) 医疗费结算明细 () 份 <input type="checkbox"/> (6) 受益人身份证明 () 份 <input type="checkbox"/> (7) 授权委托书 () 份 <input type="checkbox"/> (8) 疾病诊断书 () 份 <input type="checkbox"/> (9) 受益人关系证明 () 份 <input type="checkbox"/> (10) 代理人身份证明 () 份 <input type="checkbox"/> (11) 病历、出院小结 () 份 <input type="checkbox"/> (12) 居民死亡证明 () 份 <input type="checkbox"/> (13) 意外事故证明 () 份 <input type="checkbox"/> (14) 处方 () 份 <input type="checkbox"/> (15) 户口注销证明 () 份 <input type="checkbox"/> (16) 残疾鉴定报告 () 份 <input type="checkbox"/> (17) 病理/血液/影像报告 () 份 <input type="checkbox"/> (18) 银行存折 () 份 <input type="checkbox"/> (19) 其他--- 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: 保险服务人员: _____ 签收日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 理赔受理人员: _____ 签收日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 所属部区: _____ 联系电话: _____ 联系电话: _____						
补充材料收到的时间及签收:						
本人郑重声明: 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, 本人愿意承担由此产生一切法律后果。 2、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)。 3、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, 并同意负责因非平安养老保险股份有限公司原因导致转账不成功的后果。 4、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: _____ 年 _____ 月 _____ 日		

第一联 由平安养老保险股份有限公司留存