



保险金给付申请书

◎本申请书必须由享有保险金申请权的申请人亲笔签章确认。

(首次 再次)

出险或被保险人	姓名 张三	性别 男	出生日期 1980年01月01日	电话 13900000000
	国籍 中国	出险日期 2015年01月01日	职业 一般内勤	
	有效证件	证件种类 身份证	证件有效期 2020年06月09日	保单 <input checked="" type="checkbox"/> 个险 <input type="checkbox"/> 团险
		4 4 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	号码 S11000000000	
联系地址	上海市浦东新区浦东大道 301 弄 10 号 2 楼 201 室			
索 赔 类 别	索赔种类	<input checked="" type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 意外 <input type="checkbox"/> 生育		
	理赔项目 请根据实际，具体填写本次申请的理赔项目，可多选。	<input type="checkbox"/> 工伤残疾 <input type="checkbox"/> 人身残疾 (残疾鉴定日: _____ 年 _____ 月 _____ 日) <input type="checkbox"/> 高残/身故 (高残/身故日: _____ 年 _____ 月 _____ 日) <input checked="" type="checkbox"/> 医疗费用 (原始票据: 3 张, 合计: 2300 元) <input type="checkbox"/> 医疗定额 (住院日额、骨折、手术、烧烫伤保险金等) <input type="checkbox"/> 保费豁免 <input type="checkbox"/> 特定疾病 (重大疾病、珍爱女性险、康乃馨妇婴险等) <input type="checkbox"/> 长期看护 <input type="checkbox"/> 其他项目 医疗休养 _____ 天, 实际休假 _____ 天 <input type="checkbox"/> 生命末期		
事 故 说 明 出险时间、地点、经过、结果; 疾病就诊时间、医院、诊断等; 如事故经交警、公安等办理, 需提供官方证明并填写承保单位或个人。	本人于 2012 年 1 月 1 日晚在家中突发下腹部压痛, 当晚入住上海市第一人民医院, 诊断为急性阑尾炎, 行阑尾切除术, 1 月 3 日出院。	服务人员信息	工 号	
		姓名		
		联系电话		
是否投保其他	否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/>	保险公司?	公司名称:	
保 险 金 汇 款 账 户 未成年人可提供监护人账户; 受益人为多人时, 请分别填写保险金申请书。	<input type="checkbox"/> 汇款至受益人 一指通 账户 (免填下列账户资料)		<input checked="" type="checkbox"/> 汇款至受益人下列账户 (请续填下列账户资料)	
	户名	张三	开户银行	工商银行上海市同济大学支行
	帐号	6 2 2 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	省份城市	上海

反保险欺诈提示语句

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者夸大损失的程度；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文件，为他人诈骗提供条件的，将会受到相应的刑事或行政处罚。

本人已阅读并知晓《反保险欺诈提示语句》 签名：**张三**

授权与声明

1. 本人声明以上陈述均为事实，并无虚假及重大遗漏，且已阅读并知晓《保险欺诈的法律责任》。
2. 本人授权陆家嘴国泰人寿保险有限责任公司可就本理赔申请所涉及的本人或被保险人身体健康状况、相关事故等信息与材料，向医疗机构、保险公司、疾病防治中心、公安、检察院或其他机构、个人进行了解、借阅或摘印。本申请书之影印本亦属有效。若参与或实施保险欺诈行为其理赔相关信息将被纳入保险行业共享范围。
3. 本人同意陆家嘴国泰人寿保险有限责任公司依保险合同约定的保险责任计算标准核定并给付保险金；若保险金给付金额有误，本人同意无条件及时返还全部误付款项。

受益人亲签：**张三**

监护人亲签：**未成年人由监护人代为签署** 投保单位盖章

职业：**工程师**

职业：**监护人职业**

(团险客户)

联系电话：**13900000000**

联系电话：**监护人职业**

申请日期：**2015年04月01日**

经办客服：

复核人员：

受理日期： 年 月 日

保险金给付申请应备文件对照表

理赔项目		应备单证	单证代码
医疗费用		2.3.5.6.7.8.9.10.16	<ol style="list-style-type: none"> 1. 保险合同 2. 保险金给付申请书 3. 被保险人有效身份证件 4. 受益人户籍证明及有效身份证件 5. 疾病诊断证明书 6. 完整的门急诊病历 7. 出院小结/住院病历 8. 病理、化验、影像、心电图等检查报告 9. 门诊收据和费用明细清单 10. 二级以上医院住院费收据和费用明细清单 11. 医院出具的残疾诊断证明书 12. 工伤认定书、工伤残疾鉴定书 13. 医师休养证明、单位考勤休假证明 14. 死亡证明、户籍注销证明 15. 三级医院生命末期医学诊断证明 16. 银行账号复印件 17. 医疗手术证明 (记载手术名称、部位、时间的诊断证明或医疗病历, 如手术记录等) 18. 意外事故证明 (交通事故认定书、公安证明或其它单位出具的意外事故证明) 19. 监护人关系证明、有效身份证明 20. 法定继承人关系证明、有效身份证明 21. 法定继承人授权声明书 22. 授权委托书 23. 被授权人有效身份证件 24. 法医尸检报告 25. 医院或双方认可鉴定机构出具的伤残程度的资料或身体伤残程度评定书
医疗定额		2.3.5.6.7.8.10.16	
伤 残	旧残标 1~7 级残	2.3.5.6.7.8.11.16	
	工伤残疾	2.3.5.6.7.8.12.16	
	新残标 1~10 级残	2.3.5.6.7.8.11.16.25	
身故		1.2.3.4.5.6.7.8.14.16	
特定疾病		2.3.5.6.7.8.10.16	
长期看护		2.3.5.6.7.8.9.10.16	
生命末期		2.3.4.5.6.7.9.10.15.16	
保费豁免		1.2.3.4.5.6.7.8.11	
误工津贴		2.3.5.6.7.8.13.16	
特殊情况补充材料: ✓ 申请旧残标第一级残疾保险金的, 需提供保险合同、受益人户籍证明及有效身份证件 (1、4) ✓ 申请各类手术医疗保险金给付项目的, 需提供明确的医疗手术证明(17) ✓ 意外事故出险需提供意外事故证明 (18) ✓ 未成年人由监护人代为申请理赔时需提供监护人关系证明 (19) ✓ 受益人为法定继承人申请理赔时需提供法定继承人关系证明和授权声明书 (20、21) ✓ 团险受益人授权投保单位代领保险金时需提供授权委托书 (22) ✓ 受益人授权他人办理理赔时, 被授权人应提供其有效身份证件 (23) ✓ 猝死、意外死亡等非疾病死亡的事故需提供法医尸检报告 (24)			

备注:

1. 上述旧残标指由中国人民银行发布并于 1999 年 7 月 1 日起实施的《人身保险残疾程度与保险金给付比例表》; 新残标指由中国保险监督管理委员会发布(保监发[2014]6 号)的国家金融行业标准《人身保险伤残评定

标准及代码》，标准编码为 JR/T 0083—2013。

2.上述理赔申请资料如非特别注明均需原始件，如有不明之处请您及时咨询。根据保险条款及相关法律规定，为维护您的权益，本公司可能要求您提供其它相关理赔申请文件，请您务必配合办理。

根据监管部门发布的《金融机构客户身份识别和客户身份资料及交易记录保存管理办法》规定，保险金融机构应当识别客户身份，了解交易的自然人和实际受益人，并核对客户的有效身份证件或其他身份证明文件。

根据此项要求，我司在此提醒，请您在申请理赔给付时按要求提供真实有效身份证件及关系证明。

授权委托书

本人现授权 李四 女士/先生（身份证号：4400000000000000）携带本人身份证明，依贵公司作业规定代为办理本次理赔相关事宜，委托 (二) 事项。【请选择（一）或（二）】

（一）代为转送或接收各种理赔信息或文件。

（二）代为转送或接收各种理赔信息或文件；代表授权人签署各项理赔文件。

授权人（受益人）亲笔签名：张三

被授权人联系电话：13900000000

2015 年 04 月 01 日

若您对理赔服务质量方面有任何意见或建议，请您及时联络服务人员或直接拨打全国服务热线：**800-819-9899** ， **400-886-9899** 。



保险金给付申请书

◎本申请书必须由享有保险金申请权的申请人亲笔签章确认。

(首次 再次)

出险或被保险人	姓名	国籍	出生日期	年 月 日	电话	
		性别	出险日期	年 月 日	职业	
	有效证件	证件种类	证件有效期	年 月 日	保单号码	<input type="checkbox"/> 个险 <input type="checkbox"/> 团险
	联系地址					
索赔类别	索赔种类	<input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 意外 <input type="checkbox"/> 生育				
	理赔项目 请根据实际，具体填写本次申请的理赔项目，可多选。	<input type="checkbox"/> 工伤残疾 <input type="checkbox"/> 人身残疾 (残疾鉴定日: _____年____月____日) <input type="checkbox"/> 高残/身故 (高残/身故日: _____年____月____日) <input type="checkbox"/> 医疗费用 (原始票据: _____张, 合计: _____元) <input type="checkbox"/> 医疗定额 (住院日额、骨折、手术、烧烫伤保险金等) <input type="checkbox"/> 保费豁免 <input type="checkbox"/> 特定疾病 (重大疾病、珍爱女性险、康乃馨妇婴险等) <input type="checkbox"/> 长期看护 <input type="checkbox"/> 其他项目 _____ 医疗休养_____天, 实际休假_____天 <input type="checkbox"/> 生命末期				
事故说明 出险时间、地点、经过、结果; 疾病就诊时间、医院、诊断等; 如事故经交警、公安等办理, 需提供官方证明并填写承保单位或个人。	服务人员信息	工号				
		姓名				
	联系电话					
是否投保其他保险公司?	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		公司名称:			
保险金汇款账户 未成年人可提供监护人账户; 受益人为多人时, 请分别填写保险金申请书。	<input type="checkbox"/> 汇款至受益人一指通账户 (免填下列账户资料)		<input type="checkbox"/> 汇款至受益人下列账户 (请续填下列账户资料)			
	户名	开户银行	省份城市			
	帐号					
反保险欺诈提示语句						
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者夸大损失的程 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文件, 为他人诈骗提供条件的, 将会受到相应的刑事或行政处罚。						
本人已阅读并知晓《反保险欺诈提示语句》 签名:						
授权与声明						
1. 本人声明以上陈述均为事实, 并无虚假及重大遗漏, 且已阅读并知晓《保险欺诈的法律责任》。						
2. 本人通过阅读《个人信息处理告知同意书》已充分理解其内容, 同意陆家嘴国泰人寿保险有限责任公司为了实现保险金申请的目的而处理本人及本人提供的其他自然人(如有)的个人信息。						
3. 本人授权贵公司及贵公司的合作机构在本次理赔申请中调查获取被保险人与保险有关的相关信息; 基于保险服务事项之充分且必要目的, 委托具有必要合作关系的机构就本服务相关事项处理本人的信息并对本人的信息进行合理使用; 可就本保险服务事项通过知悉被保险人信息的机构查询与被保险人有关的全部信息。						
4. 本人同意陆家嘴国泰人寿保险有限责任公司依保险合同约定的保险责任计算标准核定并给付保险金; 若保险金给付金额有误, 本人同意无条件及时返还全部误付款项。						
受益人亲签:		监护人亲签:		投保单位盖章		
职业:		职业:		(团险客户)		
联系电话:		联系电话:				
				申请日期: 年 月 日		

经办客服:

复核人员:

受理日期: 年 月 日

保险金给付申请应备文件对照表

理赔项目	应备单证	单证代码	
医疗费用	2. 3. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 16	1. 保险合同 2. 保险金给付申请书 3. 被保险人有效身份证件 4. 受益人户籍证明及有效身份证件 5. 疾病诊断证明书 6. 完整的门急诊病历 7. 出院小结/住院病历 8. 病理、化验、影像、心电图等检查报告 9. 门诊收据和费用明细清单 10. 二级以上医院住院费收据和费用明细清单 11. 医院出具的残疾诊断证明书 12. 工伤认定书、工伤残疾鉴定书 13. 医师休养证明、单位考勤休假证明 14. 死亡证明、户籍注销证明 15. 三级医院生命末期医学诊断证明 16. 银行账号复印件 17. 医疗手术证明（记载手术名称、部位、时间的诊断证明或医疗病历，如手术记录等） 18. 意外事故证明（交通事故认定书、公安证明或其它单位出具的意外事故证明） 19. 监护人关系证明、有效身份证明 20. 法定继承人关系证明、有效身份证明 21. 法定继承人授权声明书 22. 授权委托书 23. 被授权人有效身份证件 24. 法医尸检报告 25. 医院或双方认可鉴定机构出具的伤残程度的资料或身体伤残程度评定书	
医疗定额	2. 3. 5. 6. 7. 8. 10. 16		
伤残	旧残标 1~7 级残		2. 3. 5. 6. 7. 8. 11. 16
	工伤残疾		2. 3. 5. 6. 7. 8. 12. 16
	新残标 1~10 级残		2. 3. 5. 6. 7. 8. 11. 16. 25
身故	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 14. 16		
特定疾病	2. 3. 5. 6. 7. 8. 10. 16		
长期看护	2. 3. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 16		
生命末期	2. 3. 4. 5. 6. 7. 9. 10. 15. 16		
保费豁免	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 11		
误工津贴	2. 3. 5. 6. 7. 8. 13. 16		
特殊情况补充材料： ✓ 申请旧残标第一级残疾保险金的，需提供保险合同、受益人户籍证明及有效身份证件（1、4） ✓ 申请各类手术医疗保险金给付项目的，需提供明确的医疗手术证明（17） ✓ 意外事故出险需提供意外事故证明（18） ✓ 未成年人由监护人代为申请理赔时需提供监护人关系证明（19） ✓ 受益人为法定继承人申请理赔时需提供法定继承人关系证明和授权声明书（20、21） ✓ 团险受益人授权投保单位代领保险金时需提供授权委托书（22） ✓ 受益人授权他人办理理赔时，被授权人应提供其有效身份证件（23） ✓ 猝死、意外死亡等非疾病死亡的事故需提供法医尸检报告（24）			

备注：1. 上述旧残标指由中国人民银行发布并于 1999 年 7 月 1 日起实施的《人身保险残疾程度与保险金给付比例表》；新残标指由中国保险监督管理委员会发布（保监发[2014]6 号）的国家金融行业标准《人身保险伤残评定标准及代码》，标准编码为 JR/T 0083—2013。

2. 上述理赔申请资料如非特别注明均需原始件，如有不明之处请您及时咨询。根据保险条款及相关法律规定，为维护您的权益，本公司可能要求您提供其它相关理赔申请文件，请您务必配合办理。

根据监管部门发布的《金融机构客户身份识别和客户身份资料及交易记录保存管理办法》规定，保险金融机构应当识别客户身份，了解交易的自然人和实际受益人，并核对客户的有效身份证件或其他身份证明文件。根据此项要求，我司在此提醒，请您在申请理赔给付时按要求提供真实有效身份证件及关系证明。

授权委托书

本人现授权_____女士/先生（身份证号：_____）携带本人身份证明，依贵公司作业规定代为办理本次理赔相关事宜，委托_____事项。【请选择（一）或（二）】

（一）代为转送或接收各种理赔信息或文件。

（二）代为转送或接收各种理赔信息或文件；代表授权人签署各项理赔文件。

授权人（受益人）亲笔签名：_____

被授权人联系电话：_____

_____年 月 日

若您对理赔服务质量方面有任何意见或建议，请您及时联络服务人员或直接拨打全国服务热线：**95374**，**400-886-9899**。