

索赔申请书（通用版）



CA011

NO.

投保单位名称：（团体客户填写） 上海市XXXX学校

保单号：（团体客户填写） XXXXXXXXXX

赔案号： _____

填写提示：请务必认真填写下表内容并仔细阅读红黑字体及背面索赔申请须知。

申请类型	申请人	完全民事行为能力人 必填项	无/限制民事行为能力人 必填项
非身故类	被保险人（本人）	被保险人、事故信息、领取信息栏	被保险人、领款人、事故信息、领取信息栏
	法定继承人 （申请时被保险人已身故的）	被保险人、受益人、事故信息、领取信息栏	被保险人、受益人、领款人、事故信息、领取信息栏
身故类	指定受益人/法定继承人	被保险人、受益人、事故信息、领取信息栏	被保险人、受益人、领款人、事故信息、领取信息栏

- 依据申请类型、申请人及民事行为能力不同，选择对应的必填项。申请保费豁免的，投保人信息填写至“被保险人”信息栏。
- 下表“联系地址”须精确至门牌号/村组。申请理赔类型为医疗类且理赔金额小于1万元人民币或者外币等值1000美元的，带“*”项可不填。
- 受益人为非自然人时，受益人信息栏处填写“名称”即可，须同时填写《非自然人客户身份基本信息登记表》。
- 受益人转账授权领款人为非自然人时，理赔金额大于人民币1万元（含）或者外币等值1000美元（含）的，须同时填写《非自然人客户身份基本信息登记表》。

被保险人信息	姓名	张三	性别	男	国籍*	中国	行业*	教育	职业*	老师
	证件类型	<input checked="" type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他 _____	证件有效期限	2010年1月1日起至 2030年1月1日止/ <input type="checkbox"/> 长期						
	证件号码	3 1 0 1 9 9 5 0 1 0 1 X X X X X X X X	手机	130xxxxxxxx						
	联系地址	上海 省/直辖市 上海市 XX 区/县 XX 乡镇/街道 XX 门牌号/村组								
	与投保人关系	劳动	与受益人关系	本人	关系声明	如无法提供，请填写：本人因 <u>涉及隐私</u> 无法提供与 <input checked="" type="checkbox"/> 投保人/ <input type="checkbox"/> 受益人身份关系证明，特此声明。				

受益人信息	姓名/名称		性别		国籍*		行业*		职业*	
	证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他 _____	证件有效期限	年 月 日起至 20 年 月 日止/ <input type="checkbox"/> 长期						
	证件号码		手机							
	联系地址	省/直辖市 市 区/县 乡镇/街道 门牌号/村组								
	受益人类型：	<input type="checkbox"/> 指定受益人 <input type="checkbox"/> 法定继承人	与投保人关系*		关系声明	如无法提供，请填写：本人因 _____ 无法提供与投保人身份关系证明，特此声明。				

领款人信息	提示：如保险金领款人非被保险人或受益人本人（含监护人代无/限制民事行为能力人申请理赔的），本栏必填。									
	与受益人关系	<input type="checkbox"/> 监护 _____ <input type="checkbox"/> 劳动 <input type="checkbox"/> 其他		关系声明	如无法提供，请填写：本人因 _____ 无法提供与受益人身份关系证明，特此声明。					
	姓名/名称		性别		国籍*		行业*		职业*	
	证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他 _____	证件有效期限	年 月 日起至 20 年 月 日止/ <input type="checkbox"/> 长期						
	证件号码		手机							

事故信息	理赔类型：	<input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 伤残 <input type="checkbox"/> 高残/全残 <input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 特种疾病 <input type="checkbox"/> 医疗 <input type="checkbox"/> 保费豁免 <input type="checkbox"/> 失能/失业 <input type="checkbox"/> 仅申请住院补贴								
	事故日期	20 XX 年 XX 月 XX 日	事故地点	上海市xx医院						
	详细经过：（如曾住院须写明医院名称、住院起止日期、疾病诊断名称等）	费用补偿型医疗保险申请顺序意愿： 20xx年xx月xx日在上海市xx医院因xx疾病就诊，本次共提交xx张发票（多次就诊可挑其中一次填写，如需退还发票，需要在此处标记“退发票”字样，同时提交发票原件以及复印件）								

根据实际申请险种进行勾选

如

领取	户名	张三	开户银行	xx银行	账号	622x xxxx xxxx xxxx xxx			
----	----	----	------	------	----	-------------------------	--	--	--

委托信息栏		是否委托： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 若选择“是”，请务必详细填写以下《委托授权声明》							
委托授权声明	委托事项	1. 向新华保险递交理赔申请材料及受领退回的申请材料 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意							
		2. 接收新华保险的理赔决定通知 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意							
	受托人姓名		与委托人关系	<input type="checkbox"/> 亲戚 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 其他	证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他 _____			
	证件号码		证件有效期限	年 月 日起至 20 年 月 日止/ <input type="checkbox"/> 长期					

说明：签署本授权时，应同时提供委托人与受托人的身份证原件及复印件或影印件。

委托人签名： _____ 受托人签名： _____

索赔申请须知

尊敬的客户：

为确保您的正当权益，在填写《索赔申请书》前请您仔细阅读以下内容：

1. 哪些人有权申请理赔？

- (1) 申请非身故类保险金（医疗保险金、残疾保险金、重疾保险金、失能保险金等）：由被保险人本人申请。
 - (2) 申请身故保险金：由身故受益人申请。
 - A. 保单指定身故受益人的：由保单指定的身故受益人申请。
 - B. 保单未指定身故受益人的：按照法律相关规定执行，由被保险人的全体继承人申请。
 - (3) 申请保费豁免：由投保人或被保险人申请。
- 注：上述申请人未成年或不具备完全民事行为能力，由申请人的法定监护人代为申请。

2. 身故保险金受益人为多人的情况，如何处理理赔申请？

- (1) 申请身故保险金时，受益人须分别填写本《索赔申请书》。
- (2) 多人委托一人办理时，每一委托人均须填写本《委托授权声明》。

3. 如果进行保险金转账，目前支持保险金转账的银行有哪些？支持实时支付的银行有哪些？

支付账户类型	银行名称
银行卡：借记卡	工行、农行、中行、建行、招行、邮储、交行、民生、光大、中信、兴业、浦发、华夏、广发、平安、农村信用联合银行
存折：通存通兑的个人活期结算类账户	工行、农行、中行、建行、招行、邮储、交行、民生、光大、中信
支持实时支付功能银行	工行、农行、中行、建行、招行、邮储、浦发、交行

特别提示：信用卡、借贷卡不支持转账支付功能，无法进行理赔金转账。

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 日以下的拘留、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，保险公司不承担赔偿或给付保险金的责任。

为维护保险消费者的合法权益，请您及时向我公司举报涉嫌保险欺诈的行为，**举报电话：95567。**

防范非法集资风险提示

1. 我司**从未授权**各分支机构、保险代理人、公司员工或其他人员销售基金、信托、理财产品等**非保险金融产品**；
2. 我司**从未与**任何第三方理财机构进行合作、销售任何**非保险金融产品**；
3. 我司**从未通过**自营网络平台或第三方网络平台销售任何**非保险金融产品**；
4. 请您提高风险防范意识，警惕非法集资风险。

声明与授权

(请申请人及受托人务必认真阅读，以便充分理解本“声明与授权”内容)

1. 本人声明所提交的全部证明文件材料均属实，本申请书填写内容真实，**且已阅读并知晓《反保险欺诈提示》、《防范非法集资风险提示》。**
2. 本人声明本申请书载明的联系地址和联系电话均真实有效，新华保险据此发送的各类理赔通知均可送达本人，由于信息错误导致通知失败的不利后果由本人承担。
3. 因本人或受托人过错导致银行转账不成功、未及时或未全额收取理赔款项的，新华保险公司不承担责任。
4. 本人未授权新华保险销售人员或服务人员代领保险金，若有相关授权，新华保险有权视为无效。
5. 本人同意并授权：基于提供保险服务的需要，新华保险在必要时可随时按照新华人寿保险股份有限公司个人信息保护政策（扫描下文二维码获取；下同）处理本人提供的或新华保险收集的本人以及相关个人信息主体的个人信息（“个人信息”）。本授权书之影印件、传真件、扫描件和原件具有同等效力，本人及被保险人对此均无异议。
6. 本人同意并授权：基于提供保险服务的需要，新华保险在必要时可随时向医疗机构、公安部门及理赔相关其他机构及个人索取、查询、调阅、摘抄、复印被保险人的相关材料，本授权书之影印件、传真件、扫描件和原件具有同等效力，本人及被保险人对此均无异议。为上述目的，新华保险可向上述合作机构提供被保险人的姓名、身份证号及合作机构要求的其他必要身份信息。为确保信息安全，新华保险及其合作机构应采取有效措施，并承担保密义务。
7. 特别地，为新华保险履行保险合同，提供保险服务所必需，本人明确授权：新华保险可将本人及被保险人的姓名、身份证号、证件类型提供给中国银行保险信息技术管理有限公司（以下简称“中国银保信”）。本人同意中国银保信可以对上述信息以及本人及被保险人的其他必要信息（包括投保、承保、理赔等保险信息、健康医疗信息）进行收集、存储并经加工、分析后，将数据处理结果传递给新华保险用于实现上述目的（中国银保信联系方式：privacy@cbit.com.cn）。上述新华保险对个人信息的处理以新华人寿保险股份有限公司个人信息保护政策规定内容为准。

声明：“本人已扫描二维码，认真阅读并理解新华人寿保险股份有限公司个人信息保护政策，同意新华保险按照该个人信息保护政策的规定处理本人提供的或新华保险收集的本人以及相关个人信息主体的个人信息。”特别地，本人同意新华人寿保险股份有限公司按照本政策的规定实施以下个人信息处理活动（以勾选者为准）：



- 处理个人信息保护政策和本申请书中以加粗方式标注的敏感个人信息（如手机号码、身份证号码、银行账户信息等）
 - 将个人信息提供给个人信息保护政策中列明的第三方
- 请务必勾选，否则无法理赔**
- （注：如您未全部同意上述勾选项内容，您将无法继续获得理赔服务。）

本声明与授权自签署之日起即产生独立的法律效力。如本人及相关主体的信息发生变化，将及时联系新华保险办理信息更新。如因信息不真实、不准确、不完整或未及时更新而引起的问题，由本人自行承担相应后果。

申请人签名： **张三** 日期： **20xx. xx. xx** 受托人签名： _____ 日期： _____

受理人签名： _____

日期： 20 年 月 日

全国统一客服电话 95567

网址： www.newchinalife.com

2212H

(此页空白 手写无效)