

索赔申请书 (通用版)

填写模板



CA011

NO. 01140013328702

投保单位名称: (团体客户填写) 上海师范大学天华学院

保单号: (团体客户填写) _____

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

1. 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。
2. 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人民币1万元或者外币等值1000美元的, 带“*”项可不填。
3. 受益人为法人时, 受益人信息栏处填写“名称”即可, 须同时填写《法人客户身份基本信息登记表》。
4. 受益人转账授权领款人为法人时, 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《法人客户身份基本信息登记表》。

被保险人信息	姓名	<u>张三</u>	性别	<u>男</u>	国籍*	<u>中国</u>	行业*	<u>教育</u>	职业*	<u>教师</u>	
	证件类型	<input checked="" type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他	证件有效期限	<u>2015年7月1日</u> 起至 <u>2025年7月1日</u> 止/ <input type="checkbox"/> 长期							
	证件号码	<u>31011019720524XXXX</u> 手机 <u>139189735XX</u>									
	联系地址	省/直辖市 <u>上海市</u> <u>嘉定</u> 区/县 <u>胜利北路100号</u> 镇/街道 门牌号/村组									
	与投保人关系	<u>劳动</u>	与受益人关系	<u>本人</u>	关系声明	如无法提供, 请填写: 本人因 _____ 无法提供与 <input type="checkbox"/> 投保人/ <input type="checkbox"/> 受益人身份关系证明, 特此声明。					
	在其他保险公司投保及已获得其他保险公司或第三方赔偿信息										

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 <input type="checkbox"/> 被保险人/ <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 被保险人/ <input type="checkbox"/> 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 checked="" 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	<u>2021年5月21日</u>	事故地点	<u>XX医院</u>						
	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) <u>发病合计X张, 看病(以实际情况填写)</u> 注: 1. 只需填写最单次就诊时间、就诊医院; 2. 如需开发票, 则需附上发票复印件同时写上发票抬头。								
领取	户名		开户银行		账号					

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				
	手机	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. 如何获得理赔申请的相关表格？

您可以向您的保单服务人员索取，前往新华保险客服中心柜面领取或在公司官网下载打印。

4. 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：

银行名称	工行、农行、中行、建行、招行、邮储
------	-------------------

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。

5. 理赔申请中相关疑问咨询途径？

您可以拨打新华保险全国统一服务热线 95567 或当地理赔服务电话，获得专业理赔解答。

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》及《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. 本人同意并授权：基于提供保险服务、提高服务质量的需要，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；新华保险可向与其具有必要合作关系的机构提供被保险人信息（包括但不限于理赔、医疗等）；新华保险及其合作机构可对被保险人信息进行合理使用。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；
- 4. 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；
- 5. 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。

申请人签名： 张三 日期： 2021.5.30

受托人签名： _____ 日期： _____

受理人签名： _____

日期： 20 ____ 年 ____ 月 ____ 日