



团 险 索 赔 申 请 表（综合版）

投保单位：_____

保单号：_____

*单次申请金额超 1 万元或 1000 美元，第一和第二部分标注为必填的项目须全部填写。

第一部分：申请人一般资料

申请人姓名（必填）：_____ 性别（必填）：_____ 员工号：_____ 国籍(必填)：_____

证件类型（必填）：_____ 证件号码（必填）：□□□□□□□□□□□□□□□□ 证件有效期限（必填）：_____

员工目前职业（必填）：_____ 工作地址/居住地址（必填）：_____ 邮政编码：_____

联系电话（必填）：_____ E-mail：_____

第二部分：被保险人基本资料（如果被保险人为员工本人，无需填写此栏）

被保险人姓名（必填）：_____ 性别（必填）：_____ 与申请人之关系 ☐ 配偶 ☐ 父母/子女 ☐ 监护人 国籍（必填）：_____

证件类型（必填）：_____ 证件号码（必填）：□□□□□□□□□□□□□□□□ 证件有效期（必填）：_____

目前职业（必填）：_____ 工作地址/居住地址（必填）：_____ 联系电话（必填）：_____

第三部分：疾病 / 意外适用(门诊或住院) 费用类别填写：1-门诊；2-住院；3-大病；4-生育；5-体检；6-其他

诊治日期	费用类别	病因	就诊医院	收据数量	其它单证、文件	发生金额（账单总金额）

合计：索赔收据数量：_____ 张；索赔总金额：¥ _____ ☐ 门诊费用：¥ _____ ☐ 住院费用：¥ _____

第四部分：重大疾病/伤残适用

诊断：_____ 伤残等级：_____

1、首诊日期：_____ 2、复诊日期：_____ 入院日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

医院名称：_____ 出院日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

第五部分：身故和全残适用

死亡日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 时 死亡原因：_____

全残日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日 全残原因：_____

反 保 险 欺 诈 提 示

最大诚信是保险合同基本原则，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，将会受到最高十年以上有期徒刑，并处罚金或者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，将会受到 15 日以下拘留、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] 投保人、被保险人故意制造保险事故的，保险公司不承担赔偿或给付保险金的责任；以伪造、变造的有关证明、资料或者其他证据，编造虚假的事故原因或者夸大损失程度的，保险公司对其虚报的部分不承担赔偿或给付保险金的责任。

声 明 及 授 权

1.本人经过仔细审阅后确认上述所填内容、答案及与之有关的资料均为本人亲自提供。

2.上述各项内容、答案及与之有关的资料均为完整并确实无误，本人并无隐瞒或遗漏。

3.本人同意并授权贵公司在必要时可向医疗机构、公安部门及理赔相关其他机构及个人索取、查询、调阅、摘抄、复印被保险人与本次理赔申请相关的材料，本授权书之影印件、传真件、扫描件和原件具有同等效力，中意人寿对客户信息负有保密义务。

4.本人同意中意人寿保险有限公司将有关被保险人的资料用于保险、再保险、数据处理及统计事宜。

5.本人清楚明白中意人寿保险有限公司的赔偿款项一经通过银行成功转账至本人所指定的账户，将视为本人已收到该笔赔偿款项。

个人信息使用授权

本人因向中意人寿申请理赔业务，特向中意人寿授权如下：

非敏感个人信息：

本人同意并授权中意人寿在本人理赔业务处理阶段及业务存续期间，基于本人理赔业务审查审核与后续管理的目的，向本人或中意人寿必要的合作伙伴及第三方机构收集有关本人的非敏感个人信息。中意人寿有权出于办理理赔业务的需要，就收集到的本人的非敏感个人信息开展处理活动。

非敏感个人信息指除以上列举的敏感个人信息外的其他信息，包括但不限于：本人的姓名、性别、国籍等个人信息。

处理活动包括：存储、使用、加工、传输、提供、删除等行为。

敏感个人信息：

本人同意并授权中意人寿在本人理赔业务处理阶段及业务存续期间，基于本人理赔业务处理与后续管理的目的，向本人或中意人寿必要的合作伙伴及第三方机构收集有关本人的敏感个人信息。中意人寿有权出于办理理赔业务的需要，就收集到的本人的敏感个人信息开展处理活动。

敏感个人信息包括但不限于：本人的生物识别、宗教信仰、特定身份、医疗健康、金融账户、行踪轨迹等，以及不满十四周岁未成年人的个人信息。

处理活动包括：存储、使用、加工、传输、提供、删除等行为。

必要的合作伙伴及第三方机构是指：包括行政司法机关、公安部门、司法鉴定中心、银保监会及其下设机构、医疗机构、医院、体检单位、社会医疗保险机构、银行、中国邮政等物流公司、律师事务所、保险公估公司、与保险事故相关单位及人士、中国银行保险信息技术管理有限公司、上海圆心惠保网络科技有限公司、优普旅行援助服务(北京)有限公司、Generali Employee Benefits、中国人寿再保险有限责任公司、汉诺威再保险股份有限公司上海分公司、太平再保险(中国)有限公司、德国通用再保险股份有限公司上海分公司、RGA 美国再保险公司上海分公司、鼎睿再保险有限公司等。

签名前请再次核对所填资料是否正确无误。

投保单位盖章

申请人签名

被保险人/监护人签名

联系电话

日期

(如连带被保险人出险，必须由连带被保险人签名，连带被保险人为未成年人或无民事行为能力人的，由其监护人签名。)

索赔资料参照表

申请项目	必备单证	申请项目	必备单证
住院医疗	1. 索赔申请表 2. 被保险人身份证明 3. 病历、诊断证明、出院小结 4. 住院收据、费用明细单	重大疾病	1. 投保单位证明 2. 索赔申请表 3. 被保险人身份证明 4. 病历、诊断证明、出院小结（住院治疗） 5. 病理、血液、影像等化验检查报告
门诊急诊医疗	1. 索赔申请表 2. 被保险人身份证明 3. 病历、诊断证明 4. 门、急诊医疗费用收据、处方、检查检验报告 5. 意外事故证明（意外事故导致就诊）	残疾	1. 投保单位证明 2. 索赔申请表 3. 被保险人身份证明 4. 病历、诊断证明、出院小结（住院治疗） 5. 伤残鉴定书 6. 意外事故证明（意外事故导致残疾）
意外医疗	1. 投保单位证明 2. 索赔申请表 3. 被保险人身份证明 4. 意外事故证明 5. 病历、诊断证明 6. 门、急诊医疗费用收据、处方、检查检验报告 7. 住院收据、出院小结、费用明细单（住院治疗）	身故	1. 投保单位证明 2. 索赔申请表 3. 被保险人、受益人、继承人身份证明 4. 病历、死亡证明、户口注销证明、丧葬证明 5. 受益人、继承人与被保险人关系证明、遗产继承法律文件（未指定受益人） 6. 意外事故证明（意外事故导致身故）
住院给付收入保障	1. 索赔申请表 2. 被保险人身份证明 3. 病历、医院及工作单位的病假证明 4. 住院收据和费用明细复印件	生育	1. 索赔申请表 2. 被保险人身份证明 3. 病历、诊断证明 4. 产前检查费用收据、处方、检查检验报告 5. 住院收据、费用明细单、出院小结 6. 结婚证、生育服务证、子女出生证明

注：如您需要了解更详细的内容，可登陆我公司网站 <http://www.generalichina.com>。