



中意人寿保险有限公司
GENERALI CHINA LIFE INSURANCE CO., LTD.

保险金给付申请书

保险单编号:

营管处/组织代码:

保险营销员/代码:

联系电话:

第一部分：一般资料

申请人姓名: 申请人性别: ☐男 ☐女

申请人与投保人之关系: ☐本人 ☐其他 申请人与被保险人之关系: ☐本人 ☐身故保险金受益人 ☐继承人 ☐其他

申请人国籍: 申请人联系电话: 申请人证件类型: ☐身份证 ☐护照 ☐其他

申请人证件号: 申请人证件起止期: 年 月 日 — 年 月 日

申请人职业: 申请人电子邮箱: 申请人住所地址:

申请人工作单位: 申请人工作单位地址:

被保险人姓名: 被保险人性别: ☐男 ☐女 被保险人与投保人之关系: ☐本人 ☐其他

被保险人国籍: 被保险人联系电话: 被保险人证件类型: ☐身份证 ☐护照 ☐其他

被保险人证件号: 被保险人证件起止期: 年 月 日 — 年 月 日

被保险人职业: 被保险人住所地址:

被保险人工作单位: 被保险人工作单位地址:

第二部分：索赔项目 / 金额

☐意外医药补偿: ¥ ☐住院费用补偿: ¥ ☐特定门急诊费用补偿: ¥

☐收入保障/津贴: ¥ ☐重大疾病保险金: ¥ ☐残疾保险金: ¥

☐专项疾病保险金: ¥ ☐死亡保险金: ¥ ☐豁免缴付保险费: ¥

请填写《银行自动转账领款授权书》，并提供银行账户复印件（曾在我司有授权账户则不需要）。

第三部分：意外伤害事故适用

意外伤害事故发生时间: 年 月 日 时 就诊医院名称（全部）:

开始治疗时间: 年 月 日 治疗结束时间: 年 月 日

意外伤害事故的经过及结果:

第四部分：疾病适用

诊断: 症状持续时间: 日

1.首诊日期: 年 月 日 2.复诊/确诊日期: 年 月 日 入院日期: 年 月 日

就诊医院名称（全部）: 出院日期: 年 月 日

发病及诊疗经过:

第五部分：死亡适用

死亡时间: 年 月 日 时 就诊医院名称（全部）:

死亡原因:

出险经过:

第六部分：其它

是否有向其他保险公司索赔? ☐ (如有请注明保险公司名称及保险单号码)

其它说明事项:

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(详见《刑法》第198条)。

【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,也会受到相应的行政处罚(详见全国人大常委会《关于惩治破坏金融秩序犯罪的决定》第16、21条)。

【民事责任】故意或因重大过失未履行如实告知义务,或者投保人、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(详见《保险法》第16、27条)。

声明及授权

- 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。
- 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。
- 本人授权任何医生、医院、诊所、保险公司、公安机关、任何公立或私立的组织单位,在任何时候均可以将有关被保险人的资料、报告或文件交给中意人寿保险有限公司(以下简称“贵公司”)及其代表,此授权书的副本与正本具有同样效力。
- 本人同意贵公司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。
- 本人清楚明白贵公司的赔偿款项一经通过银行成功转账在本索赔申请表所指定的账户,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：

个人信息

本人同意并授权中意人寿在本人理赔业务申请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。

非敏感个人信息包括但不限于：本人的姓名、性别、国籍、职业、联系地址、联系方式、工作单位、有效身份证件（类型、号码和有效期限）等信息。

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申请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。

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、珠海汇流信息技术有限公司、北京中科睿见科技有限公司、宁波燕坤健康管理有限公司、上海圆心惠保网络科技有限公司、北京兆维博安科技有限公司、苏州众言网络科技有限公司、优普旅行援助服务（北京）有限公司、北京思纬创新科技发展有限公司、北京网讯通达软件技术有限公司、北京易掌云峰科技有限公司、明安在线（北京）医疗科技有限公司、上海大黍保信息技术有限公司、瑞士再保险股份有限公司北京分公司、慕尼黑再保险公司北京分公司、法国再保险公司北京分公司、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、前海再保险股份有限公司、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，中石油专属财产保险股份有限公司等。

签名前请再次核对所填资料是否正确无误，被保险人签名需与投保单之签名式样相符。

申请人/监护人签名

日期

* 030101 *

（申请人为未成年人或无民事行为能力人，由其监护人签名）

银行自动转账领款授权书

申请人（即受益人，以下简称本人）自愿对中意人寿保险有限公司（以下简称保险公司）及下列的开户银行（以下简称银行）授权如下：

一、自动转账领款授权：

- （一）本人同意保险公司委托银行，将授权保险合同项下的给付/理赔款项，划入本授权书指定账户；
授权保险合同号码：_____
- （二）本人确认指定账户的所有人必须为授权保险合同的受益人或受益人的监护人；如账户所有人非本人，请选择
账户所有人与本人关系：☐配偶 ☐子女 ☐父母 ☐其他_____（请注明）
- （三）在实施转账操作前，如本人欲终止本授权，应立即向保险公司递交终止授权的书面申请，由保险公司知会银行停止转账；在收到上述书面申请前，保险公司按照本授权书要求划付给付/理赔款项到指定账户即为已经成功支付。

二、当出现下列情况之一时，本授权书将自动终止效力：

- （一）本人书面申请终止授权；
- （二）授权银行指定账户终止。

三、指定账户所有人信息：

姓名	联系电话	身份证件类型	身份证件号码	身份证件起止期
开户银行	开户省	开户市	活期存折账号或银行卡号	账户所有人签名

授权书人签名：_____
受益人/监护人

授权日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

注：

- 1. 同一受益人的领款方式必须为同一种。
- 2. 若受益人为被保险人本人，请保持签名样本与上述授权保险合同的投保单一致；若受益人为未成年人或无民事行为能力人，请由其监护人签名。
- 3. 账户所有人与立授权书人如系同一人，则无需在“账户所有人签名”栏重复签名。
- 4. 立授权书人应同时附上有列明账户所有人姓名及账户号码的银行存折复印件，或银行卡复印件（请注明账户所有人姓名及开户银行信息）。
- 5. 经保险公司核实后同意给付时，才按受益人指定的付款方式给付保险金。

