

索赔申请书 (通用模板)



CA011

NO. 01140014085281

投保单位名称: (团体客户填写) 上海第二工业大学

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>2005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>138216087XX</u>								
	联系地址	省/直辖市 <u>上海</u> 市 <u>浦东新区</u> /县 <u>金海路</u> 乡镇/街道 <u>2360号</u> 门牌号/村组								
	与投保人关系 如: 本人、配偶、父子/女、母子/女、劳动、其他	<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□投保人/□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。		

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□被保险人/□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□被保险人/□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			
联系地址	省/直辖市 市 区/县 乡镇/街道 门牌号/村组			

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								
	<table border="1"> <tr> <td>事故日期</td> <td><u>2021年 10月 10日</u></td> <td>事故地点</td> <td><u>XX医院</u></td> </tr> <tr> <td colspan="2">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)</td> <td colspan="2">费用补偿型医疗保险申请顺序意愿:</td> </tr> </table>	事故日期	<u>2021年 10月 10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)		费用补偿型医疗保险申请顺序意愿:	
	事故日期	<u>2021年 10月 10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)		费用补偿型医疗保险申请顺序意愿:							
<p><u>发票合计 X 张</u></p> <p>注: ①只需要填写最早一次就诊时间、就诊医院即可 ②如需退发票原件则还需另附上发票复印件 同时在表外写上退发票字样</p>									
领取	<table border="1"> <tr> <td>户名</td> <td>开户银行</td> <td>账号</td> </tr> </table>	户名	开户银行	账号					
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的，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，如何办理理赔申请？

(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年X月X日

受托人签名：_____ 日期：_____

受理人签名：_____

日期： 20 年 月 日