



团体保险金给付申请表 [填写说明：带*为必填项]

收件盖章

投保单位名称*： _____ 保险合同编号： G□□□□□□□□□□ 分支机构： □□□

员工信息： 姓名*： _____ 员工客户编号： _____ 身份证/护照号码*： _____ 证件有效期*： _____

出险人信息： 与员工关系*：本人 子女 配偶 父母 姓名*： _____ 性别*： _____ 年龄*： _____
国籍*： _____ 职业*： _____ 手机号码*： _____ 证件类型*：身份证 护照 出生证 其它 _____
证件号码*： _____ 证件有效期*： _____
通讯地址*： _____ 电子邮箱： _____

申请人信息： 与出险人关系*：本人 子女 配偶 父母 其他 _____ 姓名*： _____ 性别*： _____
国籍*： _____ 职业*： _____ 手机号码*： _____ 证件类型*：身份证 护照 出生证 其它 _____
证件号码*： _____ 证件有效期*： _____
通讯地址*： _____ 电子邮箱： _____

注：“申请人信息”中“与出险人关系”勾选“本人”时，申请人详细信息无需填写，否则必填项目需填写。

理赔保险金领取银行账户信息（如已提供过领款银行账户且不需更新，则下列银行账户信息无需填写）：
账户户名： _____ 银行全称： _____ 银行 _____ 分行 _____ 支行/分理处。
账户帐号： □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□
授权委托： 申请人同意将本次理赔保险金支付到上述银行帐户，如发生领款账户的纠纷由申请人自行承担责任。
申请人（父母、配偶或成年子女）签名： _____ 日期： _____ 员工签名： _____ 日期： _____
注：身故案件理赔保险金支付银行帐户信息请在《身故保险金受益人身份确认表》中填写。

索赔信息： 申请类型*：门(急)诊 意外医疗 住院 生育/牙科 重大疾病 残疾 身故 其它

发生时间*		就诊医院/事故地点*	疾病诊断/事故原因*	收据原件张数*	收据总金额*
起始时间	年 月 日				
结束时间	年 月 日				

意外事故说明（因意外事故出险时为必填项目，请简述出险时间、地点、原因及经过）*：
出险时间或首诊日期： _____，出险地点或首诊医院： _____，医生诊断： _____，
原因与经过： _____

意外事故是否经有关部门处理？* 是（请提供该部门出具的事故报告原件） _____ 否

是否曾向其他保险公司投保？* 是（请注明保险公司名称及保险合同编号） _____ 否

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：
1. （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。
2. （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，也会受到相应的行政处罚。
3. （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。

声明及授权：
1. 本人已阅读并知晓上述“反保险欺诈提示”条款。
2. 本人声明以上陈述与回答全部属实，本人并无隐瞒或遗漏。如有虚假，愿意承担法律责任。
3. 本人授权被保险人接受过治疗或住院或具有被保险人健康情况记录的任何内外科医生、医院、诊所、公安、保险公司或任何组织，均可以将该意外之细节、被保险人健康情况、过往的病历、医嘱，以及任何住院、治疗、病历详细资料提供给贵公司及其所委托的合作机构。本人愿意承担由此产生的一切法律后果。此授权书的复印件与正本具同等效力。
4. 本人清楚明白并同意赔偿款项一经通过银行成功划账至上述银行账户，即视为本人已收到该笔赔偿款项。

申请人签名*： _____ 日期*： _____



团险理赔申请须知

尊敬的客户：

您好！感谢您对友邦保险的信任与支持，若您需要向我司申请理赔，为保证您的理赔申请能及时有效地处理，特提醒您注意以下事项：

请在符合保险合同约定的医院就诊，若无特别约定，建议您在治疗期间提醒主管医生使用当地社会医疗保险规定目录范围内的诊疗项目或药品；

被保险人治疗结束或事故处理完毕，请您完整填写团险保险金给付申请表并签名，按下表提示的申请项目准备好申请材料；如下述材料与合同约定不一致，以合同约定为准；如需您补充提供资料，我司将进一步与您联系。

若有任何疑问，请联系您的保单服务人员。

附：保险理赔应备材料

理赔应备材料	申请项目						
	医疗费用			住院津贴	重大疾病	身故	伤残/烧伤
	门诊	住院	生育				
团险保险金给付申请表	√	√	√	√	√	√	√
受益人身份证明 ^{*注1}	※	√	※	√	√	√	√
病历 ^{*注2}	√	√	√	√	√	※	√
病理/血液/影像检查报告	√	√	√	√	√	※	√
医疗费用收据原件	√	√	√				
医疗费用明细清单	√	√	√	√			
意外事故报告 ^{*注3}	※	※		※		※	※
结婚证明/计划生育证明			√				
死亡证明书						√	
户籍注销证明						√	
残疾鉴定报告原件					※		√
身故保险受益人及领款人信息确认表						√	
身故保险受益人继承权公证						※	
申请人/被保险人身份证明	※	※	※	※	※	※	※
入职证明/受雇报告/劳动合同	※	※	※	※	√	√	√
薪资证明（原件）- 适用于保险金额为薪资倍数的索赔					※	※	※
考勤证明				※	※	※	※
银行存折复印件 ^{*注4}	※	※	※	※	※	※	※

注：√ 必须提供； 空白 无需提供； ※如需，请提供。

注：

1、身故案件受益人为法定或指定，其余案件受益人均均为被保险人本人；理赔保险金超1万元案件，必需提供受益人身份证明复印件；当被保险人为未成年子女时需同时提供与监护人的关系证明（户口本、出生证明等复印件）及监护人的身份证明；身故案件需同时提供受益人与被保险人的关系证明；

2、病历：含首次就诊记录及与发票日期对应的所有门诊病历、住院病历的入院记录及出院小结；未住院的仅提供门诊病历；申请生育费用的提供产检病历记录；

3、意外事故证明：指与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的证明和资料。因意外出险时需提供，如：工伤需提供工伤事故处理报告原件；因交通事故受到伤害的需提供交通事故认定书（如被保险人驾驶机动车出险的还需提供驾驶证、行驶证）；因民事、刑事损害导致受到伤害的需提供公安机关证明、法院判决书等；

4、若既往未提供过银行账号，或已提供的银行账号需做变更，需在申请理赔时填写理赔保险金领取银行账户信息。