复星保德信
Pramerica FOSUN

# 理 赔 申 请 书

保单编号：_____ 分公司：_____ 保单服务人员：_____ 服务人员电话：_____

**第一部分：被保险人、申请人信息**（当申请人与被保险人为同一人时，只需填写被保险人的信息。）

被保险人姓名：_____ 性别：☐男 ☐女 出生日期：_____ 国籍：_____ 职业：_____

证件类型：☐身份证 ☐护照 ☐其他_____ 证件号：_____ 证件有效期：_____

联系地址：_____ 邮编：_____ 被保险人与投保人关系：_____

联系电话：_____ 投保单位（团体保险须填写）：_____

申请人姓名：_____ 性别：☐男 ☐女 出生日期：_____ 国籍：_____ 职业：_____

证件类型：☐身份证 ☐护照 ☐其他_____ 证件号：_____ 证件有效期：_____

联系地址：_____ 邮编：_____

联系电话：_____ 申请人与被保险人关系：_____ 申请人与投保人关系：_____

**第二部分：银行转账授权**（医疗、重疾、残疾类理赔款转账至被保险人本人账户；身故类理赔款转账至受益人账户。如被保险人或受益人为未成年人，则可转至其监护人账户，但须提供关系证明。）

本人承诺该授权账户为本人账户，并同意复星保德信人寿保险有限公司将保险金通过银行转账至下述指定的授权账户。如因本人授权的账户不真实、不准确、不完整等错误而导致保险金不能及时转账，复星保德信人寿保险有限公司不承担责任。

账户户名：_____ 开户银行/开户城市：_____ 账号：_____

**第三部分：申请保险金的类别及事故或疾病信息**

☐意外伤害医疗 ☐住院医疗 ☐门诊医疗 ☐重大疾病 ☐残疾 ☐意外身故 ☐疾病身故 ☐豁免
☐其他：

**个人保险理赔申请必须填写如下信息，团体保险理赔申请则需填写后续《团体保险理赔申请明细表》。**

请简述意外事故或疾病发生的情况（意外事故发生的时间、地点、原因及经过；疾病初次就诊的病因、日期、医院）：

诊断：_____ 初次就诊日期：_____ 就诊医院：_____

入院日期：_____ 出院日期：_____ 所住医院：_____

| 是否在其他保险公司或机构有过相关理赔或报销：☐是（请附材料）☐否 | 公司或机构名称： |
|---|---|

**第四部分 授权与声明：**

1. 本人声明以上陈述均为事实，并无重大遗漏及虚假；
2. 本人授权任何医疗机构、社保或农保机构、保险公司、公安机关、疾病防治中心等有关机构以及所有熟悉被保险人身体健康状况、相关事故的人士，均可将有关此次事故、疾病的信息或既往病情向复星保德信人寿保险有限公司及由其授权委托的第三方机构如实提供；
3. 转账授权声明：本人同意贵公司将理赔金转入“理赔申请书”所提供的银行账户中。本人同意承担因银行账户提供错误而导致转账失败所产生的法律、经济责任；
4. 本声明与授权的复印件，与原件具有同等效力；

**注：医疗、重疾、残疾类理赔申请人必须为被保险人本人；身故类理赔必须为身故受益人。如被保险人或受益人为未成年人，则由其监护人提出申请，但须提供关系证明。**

**理赔申请人签名（盖章）：_____ 申请日期：_____**

**理赔提示**

尊敬的客户，您好！

为了充分保障您的权益，提高理赔服务的时效，请您在申请理赔时，按以下说明进行办理：

1、请完整填写理赔申请书，如有遗漏可能会影响到您获得理赔的时间；
2、在事故处理及接受治疗的过程中，请妥善保存好与事故相关的证明资料及治疗的相关资料，并在申请理赔时完整的提供给我们；
3、正式提出理赔申请时，请您填写好理赔申请书并亲笔签名，并请参照《理赔申请所需资料一览表》提供资料；
4、理赔过程中，如有疑问，欢迎拨打咨询电话400-821-6808，我们将为您提供详细解答。

复星保德信
Pramerica FOSUN

**理赔申请所需资料及交接表：**

| 理赔申请所需资料一览表 | | | | | | | | | 资料交接一览表 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 申请项目 / 申请材料 | 意外伤害医疗 | 意外残疾 | 意外身故 | 疾病住院医疗 | 疾病残疾 | 疾病身故 | 重大疾病 | 豁免保费 | 申请人递交资料清单 | | 公司返还清单 |
| | | | | | | | | | 原件 | 复印件 | 原件 |
| 理赔申请书(含转账授权) (注 1) | ★ | ★ | ★ | ★ | ★ | ★ | ★ | ★ | ( )份 | ( )份 | ( )份 |
| 被保险人身份证明 (注 2) | ★ | ★ | ★ | ★ | ★ | ★ | ★ | ★ | ( )份 | ( )份 | ( )份 |
| 受益人身份证明 (注 3) | | | ★ | | | ★ | | | ( )份 | ( )份 | ( )份 |
| 受益人与被保险人的关系证明 (注 4) | | | ★ | | | ★ | | | ( )份 | ( )份 | ( )份 |
| 投保人身份证明 | | | | | | | | ★ | ( )份 | ( )份 | ( )份 |
| 被保险人的银行账户复印件 | ★ | ★ | | ★ | ★ | | ★ | | ( )份 | ( )份 | ( )份 |
| 受益人的银行账户复印件 | | | ★ | | | ★ | | | ( )份 | ( )份 | ( )份 |
| 意外事故证明原件 (注 5) | ★ | ★ | ★ | | | | | | ( )份 | ( )份 | ( )份 |
| 死亡证明原件（居民死亡证、户口注销证明） | | | ★ | | | ★ | | | ( )份 | ( )份 | ( )份 |
| 完整的门、急诊病历卡原件 | ★ | ★ | ★ | ★ | ★ | ★ | ★ | ★ | ( )份 | ( )份 | ( )份 |
| 出院小结原件(如住院治疗) | ★ | ★ | ★ | ★ | ★ | ★ | ★ | ★ | ( )份 | ( )份 | ( )份 |
| 医疗发票原件 (注 6) | ★ | | | ★ | | | | | ( )份 | ( )份 | ( )份 |
| 费用清单原件 | ★ | | | ★ | | | | | ( )份 | ( )份 | ( )份 |
| 重大疾病诊断证明书 (注 7) | | | | | | | ★ | | ( )份 | ( )份 | ( )份 |
| 残疾程度鉴定书 | | ★ | | | ★ | | | ★ | ( )份 | ( )份 | ( )份 |
| 其它资料 | | | | | | | | | | | |

注 1: 理赔申请书(含转账授权)的签署：当申请理赔“意外身故”或“疾病身故”时，由身故受益人签署本申请书，如投保时未指定身故受益人则由法定受益人签署，一般为被保险人的父母、配偶、子女；其他情况下均由被保险人签署。
如受益人或被保险人为未成年人，则应由其监护人(一般为父、母)签署，同时提供该监护人的银行账户，并提供该监护人与受益人/被保险人之间的关系证明(如出生证、独生子女证、警方出具的关系证明等)。

注 2: 被保险人身份证明：成年人一般为身份证（须提供正反两面）；未成年人可以用出生证或户籍证明(如户口簿、警方出具的户籍证明)。

注 3: 受益人身份证明：成年人一般为身份证；未成年人可以用出生证或户籍证明(如户口簿、警方出具的户籍证明)。

注 4: 受益人与被保险人的关系证明：如为指定受益人，一般可以用户口簿、结婚证、警方出具的关系证明；如为法定受益人，须提供政府机构出具的关系证明；如情形复杂的，一般需当地公证机关出具保险金继承公证文件。

注 5: 意外事故证明原件：如意外事故属于工伤、车祸、治安或刑事案件，则须对应由单位、交警、公安部门出具意外事故证明文件(如工伤报告、交通事故责任认定书、报警记录)。

注 6: 医疗发票原件：如医疗发票在医保、合作医疗、单位或其他机构已报销且原件被报销单位留存，则须提供加盖报销单位用章的报销结算清单原件。

注 7: 重大疾病诊断证明书：癌症一般须提供病理报告，其他请参见保险合同中各类重大疾病各自的资料要求。

★ 以上仅是理赔所需的常规材料，如案件情况特殊，公司有权要求理赔申请人提供上述材料以外的其他相关材料。
★ 发生机动车交通事故，另需提供被保险人的有效驾驶证及机动车的有效行驶证。
★ 如为团险理赔申请，则以上材料中“完整的门、急诊病历卡”、“出院小结”可以为复印件。

注：对上述复印件，本公司保留要求提供原件的权利。
备注：
受理服务人员： 签收日： 年 月 日

复星保德信
Pramerica FOSUN

# 团体保险理赔申请明细表

| 申请类别填写：1-门诊；2-住院；3-生育；4-其他（死亡、重疾、伤残、等） | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **就诊日期** | **收据数量** | **收据金额** | **就诊原因（病因）** | **就诊医院** |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |