



团体保险理赔申请书

保险合同号：

申请人信息	姓名		性别		职业		证件类型	
	联系电话		国籍		证件号码			
	联系地址					证件有效期	年 月 日 ☐ 长期	
	转账信息	开户行		账户名		账号		
	提示：若被保险人与申请人为同一人则被保险人信息栏免填							
被保险人信息	姓名		性别		职业		证件类型	
	联系电话		国籍		证件号码			
	联系地址					证件有效期	年 月 日 ☐ 长期	
	与投保人关系		☐ 本人 ☐ 配偶 ☐ 父母 ☐ 子女 ☐ 雇员 ☐ 其他					
出险概况	出险原因	☐ 意外 ☐ 疾病		申请项目	☐ 健康保障委托管理业务 ☐ 医疗 ☐ 住院津贴			
	出险时间				☐ 轻症疾病 ☐ 重大疾病 ☐ 伤残 ☐ 身故 ☐ 其他			
	事故经过							

授权委托书

本人作为理赔申请人委托_____先生/女士前往贵公司代为办理上述保单理赔申请事宜。本委托有效期为_____天。（委托日期同本申请书的申请日期。）

受托人信息	姓名		联系方式		联系地址	
	证件类型		证件号码		证件有效期	年 月 日 ☐ 长期
	与委托人关系	☐ 亲戚 ☐ 朋友 ☐ 客户经理 ☐ 公司/单位经办人 ☐ 其他				
委托人（申请人）签名：_____			受托人签名：_____			

保险欺诈风险提示

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，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。【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。

声明与授权

1、兹声明本人之陈述、回答、提交的所有相关材料内容均真实、合法，且已阅读并知晓《保险欺诈风险提示》。如有虚假陈述，本人愿意承担因此引起的所有法律责任。

2、本人（包括被保险人）授权农银人寿及合作机构（依法成立的公估机构），向相关医院、医生、体检机构、公安机关、保险公司、工作单位及相关机构、人士，了解、调阅、摘抄、复印与本人理赔申请相关的资料；农银人寿及合作机构均可对本人保险有关信息进行合理的使用。本人已知晓农银人寿及合作机构严格履行保密义务，本授权书的影印件与原件同样有效。

3、本人（包括被保险人）授权农银人寿可采集本人办理保险业务所需的信息要素（姓名、证件类型、证件号码、证件有效期起止期限），传递给农银人寿的必要合作机构及信息认证专门机构（公安机关、通信运营商、银联、社/医保、行业协会、中国银保监会等合法留存本人信息的第三方机构）进行有效性核验并向我司反馈；农银人寿可采集涉及本人的保险业务信息（证件信息、转账信息、联系方式、办理的保险业务种类、基本内容等），并由农银人寿的必要合作机构（上海亿保健康管理有限公司、上海谐筑信息科技有限公司、北京沛合健康科技有限公司、百融云创科技股份有限公司）进行存储、登记，上述各单位均可对上述信息进行合理的使用与传递。

4、转账授权声明：本人声明上述银行账户信息均真实有效，本人同意农银人寿保险股份有限公司将理赔金转入上述银行账户。本人同意承担因银行账户提供错误而导致转账失败而产生的法律、经济责任。

申请人签名：_____

申请日期：_____





农银人寿保险股份有限公司
ABC LIFE INSURANCE CO., LTD.

理赔申请须知

尊敬的客户：

为使您方便、快捷地完成申请，在填写《团体保险理赔申请书》前，请仔细阅读以下内容：

1、申请人资格

下列人员享有保险金给付的请求权：（1）被保险人（2）保单指定受益人（3）如保单未指定受益人，则按照继承法规定，由法定继承人提出申请。

注：被保险人、受益人的法定代理人或委托代理人，可代为办理保险金的申领手续。

2、报案提醒

当被保险人发生合同约定的保险事故时，请您十日内通知我公司，我们将为您提供理赔服务指引，如涉及伤残鉴定，请提前联系我司。

3、医疗机构提醒

请被保险人按照保险合同约定，在指定的医疗机构接受检查治疗，并使用当地社保医疗范围内的检查治疗项目或药品。

4、妥善保管理赔资料

在检查治疗及事故处理过程中，请您及时收集和妥善保存保险合同中约定的理赔申请所需证明文件和资料。如您提交的资料有遗漏，将会被要求补充资料而影响到理赔时效。

5、理赔申请所需材料

理赔项目	应备的文件与单证	文件或单证
门诊医疗	2、3、（5）、6、10、（12）、13	1、保险合同 7、鉴定报告
住院津贴	2、4、（6）、10、（12）、13	2、理赔申请书 8、重大疾病相关证明（病理报告等）
住院医疗	2、4、6、10、（12）、13	3、门诊病历或急诊病历 9、死亡证明资料
重大疾病	（1）、2、（3）、4、5、8、10、13	4、住院病历及出院小结 10、被保险人身份证明
疾病残疾	2、3、4、5、7、10、13	5、诊断证明 11、身故受益人身份及关系证明
疾病身故	（1）、2、（3）、（4）、9、11、13	6、医疗费用原始收据及明细单 12、意外事故证明
意外伤害残疾	2、3、4、5、7、10、12、13	13、转账银行卡/存折
意外伤害身故	（1）、2、9、11、12、13	以上应备资料中带括号的序号为非必选项，根据具体保险事故选择提供。

注 1：各地监管部门如有特殊要求按监管文件执行。

注 2：按照《金融机构客户身份识别和客户身份资料及交易记录保存管理办法》规定，当达到识别标准时，需提供可证明被保险人、受益人与投保人之间关系的身份证明资料。

注 3：意外事故证明①交通事故:交通事故责任认定书②治安事故:公安局或派出所出具的事由证明③工伤事故:被保险人单位出具的事由证明④其他事故:如下楼时摔伤、打球时脚扭伤等情况需要出险人以书面的形式将事故情况表述清楚。

注 4：若被保人为未成年人或无民事行为能力人，监护人代为申请，需提供监护人身份证明及关系证明。

注 5：死亡证明资料包括死亡证明、丧葬证明、户籍注销证明。（如果已提供的死亡证明为医学死亡证明或公安司法机关的死亡证明，则可不提供户口注销证明及丧葬证明。）

温馨提示：

1.根据保险监管机构要求，同时为保证资金安全与快捷，请您选择转账方式领取理赔赔款。

2.理赔申请书需申请人亲笔填写并签名确认。请您正确填写联系地址、手机号码，我们将通过短信或其他方式及时通知您理赔申请的进展。

3.查询与咨询：如查询理赔进度，请拨打查询电话 95581 或自助登录农银人寿 APP 或关注农银人寿微信公众号；如咨询理赔事宜，请拨打全国统一客服电话 95581，我们将为您提供详细解答。

4.若申请人对农银人寿合作机构产生异议，包括需查询、复制、补充、删除个人信息或撤回授权的，可通过以下联系方式联系合作机构。

上海亿保健康管理有限公司联系方式：95715，邮箱：zhihuibao_b@ebaolife.com。

上海谐筑信息科技有限公司联系方式：400-189-2816，邮箱：bd@ensurlink.com.cn。

北京沛合健康科技有限公司联系方式：029-63029870，邮箱：kefu@primetpa.com。

百融云创科技股份有限公司联系方式：400-0088-182，邮箱：coa@brcgroup.com。

客服电话：95581/4007795581

农银人寿官网：www.abchinalife.com