

索赔申请书（通用版）



CA011



NO.

投保单位名称：（团体客户填写） 外交服务集团有限公司人力资源服务分公司

保单号：（团体客户填写） 888386636820

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1万元人民币或者外币等值1000美元的，带“*”项可不填。
 3. 受益人为非自然人时，受益人信息栏处填写“名称”即可，须同时填写《非自然人客户身份基本信息登记表》。
 4. 受益人转账授权领款人为非自然人时，理赔金额大于1万元（含）人民币或者外币等值1000美元（含）的，须同时填写《非自然人客户身份基本信息登记表》。

被 保 险 人 信 息	姓名	性别	国籍*	行业*	职业*
	证件类型	☐ 身份证 ☐ 其他_____	证件有效期限	年 月 日起至 20 年 月 日止/ ☐ 长期	
	证件号码			手机	
	联系地址	省/直辖市 北京市 朝阳 区/县 三里屯 乡镇/街道 西六街三号 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	与受益人关系	关系 声明	如无法提供，请填写：本人因_____无法提供与投保人或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	☐ 身份证 ☐ 其他_____	证件有效期限	年 月 日起至 20 年 月 日止/ ☐ 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： ☐ 指定受益人 ☐ 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。	
领 款 人 信 息	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	☐ 监护 ☐ 劳动 ☐ 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	☐ 身份证 ☐ 其他_____	证件有效期限	年 月 日起至 20 年 月 日止/ ☐ 长期	
	证件号码			手机	
事 故 信 息	理赔类型： ☐ 身故 ☐ 伤残 ☐ 高残/全残 ☐ 重大疾病 ☐ 特种疾病 ☒ 医疗 ☐ 保费豁免 ☐ 失能/失业 ☐ 仅申请住院补贴				
	事故日期	20 年 月 日	事故地点	医院	
	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：		
	因病就医				
领 取	户名	开户银行	账号		

委托信息栏		是否委托： ☐ 否 ☐ 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 ☐ 同意 ☐ 不同意 2. 接收新华保险的理赔决定通知 ☐ 同意 ☐ 不同意			
	受托人姓名	与委托人关系	☐ 亲戚 ☐ 朋友 ☐ 其他	证件类型	☐ 身份证 ☐ 其他_____
	证件号码			证件有效期限	年 月 日起至 20 年 月 日止/ ☐ 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，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，如何处理理赔申请？

- (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】进行保险诈骗犯罪行为活动，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：_____日期：_____

受托人签名：_____日期：_____

受理人签名：_____

日期： 20 ____ 年 ____ 月 ____ 日