

保险金给付申请书



满e保

投保单位名称: _____

*温馨提示: 本公司已推出自助理赔服务, 您可以通过扫描右方二维码下载“满e保”快速办理理赔。

为了保障您的权益, 填写《保险金给付申请书》前, 请仔细阅读提示事项并详细填写相应栏目

工银安盛人寿保险有限公司(以下简称“工银安盛人寿”、“本公司”、“贵公司”)

被保险人信息 (请完整填写下列信息, 如申请人为被保险人仅需填写被保险人信息)			
*被保险人姓名:	*性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	*与投保人的关系	
*证件类型:	*证件有效期至:	*证件号码	
出生日期:	联系地址:		
联系电话:	E-mail地址:	职业:	国籍:

*为必填项, 如申请金额大于等于1万元, 必须填写联系电话、联系地址、国籍、职业, 并请提供身份证件原件。

理赔申请人信息 (如理赔申请人即出险人本人, 此栏可不填写)

*被保险人姓名:	*性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	*与投保人的关系	*与被保险人的关系
*证件类型:	*证件有效期至:	*证件号码	
出生日期:	联系地址:		
联系电话:	E-mail地址:	职业:	国籍:

索赔事项

*本次事故是否意外导致: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
*申请类型: <input type="checkbox"/> 住院医疗费用 <input type="checkbox"/> 门/急诊医疗费用 <input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 伤残/全残 <input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 体检		本次索赔如包含以下就诊事项, 请勾选: <input type="checkbox"/> 特病门诊 <input type="checkbox"/> 洗/洁牙 <input type="checkbox"/> 生育	

医疗基金 (如不涉及医疗基金赔付则无需填写) 请注意, 如不勾选则默认为不使用医疗基金

是否使用医疗基金: 是 否 如使用医疗基金, 支付账户为: 个人账户 团体账户

保险事故详细经过 (若出险类型勾选身故、残疾/全残、重大疾病中的任何一项, 需填写保险事故详细经过)

序号	就诊期间	发票张数	发票金额
1			
2			
3			
4			
合计		张	元

备注: 退还发票 (如不勾选则默认为不退还发票)

保险金支付方式 (如授权人已授权其主被保险人为保险金受款人, 则账户持有人可以为被授权的主被保险人本人)

户名:	开户银行:	银行	省	市	银行账号:
-----	-------	----	---	---	-------

1. 请仔细填写并核对账户号码, 同时提供相应的银行卡正反面复印件。若投保时或之前理赔时已提供账号的则无须填写, 我们将以最后一次提供的账号为准。

2. 保险金一经通过银行转账至以上授权之账号, 将视为本公司已将保险金成功支付给保险金受益人本人或被授权的主被保险人本人。

3. 若同意授权转账至主被保险人银行账户, 则以此授权为准, 同次递交理赔申请中的其他授权资料不作为授权依据。

4. 若保险金受益人为无/限制民事行为能力人, 申请人为其监护人, 请提供监护人账号及监护人与受益人之间的关系证明。

授权人签署 (如授权人即理赔申请人本人此栏可不填写)

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, 保险公司可能不承担赔偿或给付保险金的责任。

理赔申请人授权及声明

- 本人明白本人所填写的《保险金给付申请书》并不代表贵公司已承诺向本人履行赔付责任。
- 本人在此申请表上所填写的全部内容均确实无讹, 且已阅读并知晓《反保险欺诈提示》。如有虚假, 愿承担法律责任。
- 本人授权任何医生、医院、诊所、保险公司或任何组织, 以及凡熟悉被保险人健康情况之人士, 均可将被保险人此次意外或疾病、既往之病症及病历之详细资料向贵公司及其代表提供或说明。
- 本人同意贵司向中国保险信息技术管理有限责任公司(简称“中国保信”)报送本人的全部保单信息和理赔信息, 并通过医疗机构、中国保信及其他机构查询与本人有关的承保、理赔、医疗等信息。中国保信基于为本人或保险公司提供服务的需要可对上述信息进行必要的使用及与相关机构进行信息共享, 但均应严格履行保密义务。
- 本人即使身故或丧失能力, 其继承人或受让人不可撤销或废止此项授权且仍需受此授权约束。
- 本授权书之副本效力同正本。

理赔申请人签署 (必须申请人本人签署) _____

签署日期: _____年____月____日

(如为身故金领取, 须所有保险金受益人签署确认)

第 1 页 / 共 1 页