



团 险 理 赔 申 请 表

投保单位: _____

保单号: _____

*单次申请金额 5 万元或 1 万美元等值外币以上, 第一和第二部分标注为必填的项目须全部填写。

第一部分: 申请人一般资料

申请人姓名(必填): _____ 联系电话(必填): _____ 员工号: _____

证件类型(必填): _____ 证件号码(必填): _____

证件起止日期(必填): _____年____月____日 — _____年____月____日 或 ☐ 长期有效

工作地址/居住地址: _____ E-mail: _____ 性别: _____ 国籍: _____

第二部分: 被保险人基本资料(如果被保险人为申请人本人, 无需填写此栏)

被保险人姓名(必填): _____ 联系电话(必填): _____ 与申请人之关系 ☐ 配偶 ☐ 父母/子女 ☐ 监护人 ☐ 其他

证件类型(必填): _____ 证件号码(必填): _____

证件起止日期(必填): _____年____月____日 — _____年____月____日 或 ☐ 长期有效

工作地址/居住地址: _____ E-mail: _____ 性别: _____ 国籍: _____

如果是双职工子女, 两方员工同时申请, 请填写另一方员工姓名及证件号, 并且由另一方员工签名确认:

另一方员工姓名: _____ 证件号码: _____

第三部分: 疾病 / 意外适用(门诊或住院) 费用类别填写: 1-门诊; 2-住院; 3-大病; 4-生育; 5-体检; 6-其他

诊治日期	费用类别	病因	就诊医院	收据数量	其它单证、文件	发生金额(账单总金额)

第四部分: 重大疾病/伤残适用

疾病诊断: _____ 伤残等级: _____

1、确诊日期: _____ 入院日期: _____年____月____日

医院名称: _____ 出院日期: _____年____月____日

第五部分: 身故和全残适用

死亡日期: _____年____月____日____时 死亡原因: _____

全残日期: _____年____月____日 全残原因: _____

反 保 险 欺 诈 提 示

最大诚信是保险合同基本原则, 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, 将会受到最高十年以上有期徒刑, 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, 将会受到 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, 也会受到相应行政处罚。

[民事责任] 投保人、被保险人故意制造保险事故的, 保险公司不承担赔偿或给付保险金的责任; 以伪造、变造的有关证明、资料或者其他证据, 编造虚假的事故原因或者夸大损失程度的, 保险公司对其虚报的部分不承担赔偿或给付保险金的责任。

声 明 及 授 权

1. 本人经过仔细审阅后确认上述所填内容、答案及与之有关的资料均为本人亲自提供。

2. 上述各项内容、答案及与之有关的资料均为完整并确实无误, 本人并无隐瞒或遗漏。

3. 本人同意并授权贵公司在必要时可向医疗机构、公安部门及理赔相关其他机构及个人索取、查询、调阅、摘抄、复印被保险人与本次理赔申请相关的材料, 本授权书之影印件、传真件、扫描件和原件具有同等效力, 中意人寿对客户信息负有保密义务。

- 4.本人同意中意人寿保险有限公司将有关被保险人的资料用于保险、再保险、数据处理及统计事宜。
- 5.本人清楚明白中意人寿保险有限公司的赔偿款项一经通过银行成功转账至本人所指定的账户，将视为本人已收到该笔赔偿款项。

个人信息使用授权

本人因向中意人寿申请理赔业务，特向中意人寿授权如下：

敏感个人信息：

本人同意并授权中意人寿在本人理赔业务处理阶段及业务存续期间，基于本人理赔业务处理与后续管理的目的，向本人或中意人寿必要的合作伙伴及第三方机构收集有关本人的敏感个人信息。中意人寿有权出于办理理赔业务的需要，就收集到的本人的敏感个人信息开展处理活动。

敏感个人信息包括但不限于：本人的生物识别、医疗健康、金融账户等，以及不满十四周岁未成年人的个人信息。

处理活动包括：存储、使用、加工、传输、提供、删除等行为。

非敏感个人信息：

本人同意并授权中意人寿在本人理赔业务处理阶段及业务存续期间，基于本人理赔业务审查审核与后续管理的目的，向本人或中意人寿必要的合作伙伴及第三方机构收集有关本人的非敏感个人信息。中意人寿有权出于办理理赔业务的需要，就收集到的本人的非敏感个人信息开展处理活动。

非敏感个人信息指除以上列举的敏感个人信息外的其他信息，包括但不限于：本人的姓名、性别、国籍等个人信息。

处理活动包括：存储、使用、加工、传输、提供、删除等行为。

必要的合作伙伴及第三方机构是指：包括行政司法机关、公安部门、司法鉴定中心、国家金融监督管理总局及其下设机构、医疗机构、医院、体检单位、社会医疗保险机构、银行、中国邮政等物流公司、律师事务所、保险公估公司、与保险事故相关单位及人士、中国银行保险信息技术管理有限公司、Generali Employee Benefits、中国人寿再保险有限责任公司、汉诺威再保险股份有限公司上海分公司、太平再保险（中国）有限公司、德国通用再保险股份有限公司上海分公司、RGA 美国再保险公司上海分公司、鼎睿再保险有限公司等。

理赔款转账授权

本人授权中意人寿保险有限公司将本次赔付款项划入 申请人或员工 已在贵公司指定的银行账户。

客户备注信息

签名前请再次核对所填资料是否正确无误。

_____ 投保单位盖章	_____ 申请人签名	_____ 被保险人/监护人签名	_____ 联系电话	_____ 日期
-----------------	----------------	---------------------	---------------	-------------

（如连带被保险人出险，必须由连带被保险人签名，连带被保险人为未成年人或无民事行为能力人的，由其监护人签名。）

注：如您需要了解更详细的内容，可登陆我公司网站 <http://www.generalichina.com>。