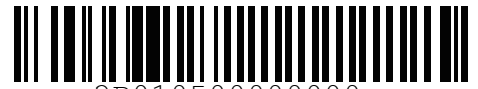




满e保



微信服务号



2B010500000000

保单号:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

保险金给付申请书

*温馨提示: 本公司已推出自助理赔服务, 您可以通过扫描上方二维码下载“满e保”或关注工银安盛人寿官微, 快速办理理赔。

为保障您的权益, 请仔细阅读提示事项并详细填写相应栏目 (索赔所需材料及提示事项请参阅背面)

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/受益人信息 (请完整填写下列信息, 如受益人与被保险人为同一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	国籍*:	工作内容或职业*:	出生日期* (年/月/日): ____ / __ / __	
	证件类型*: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他 _____	证件有效期至*:		证件号码		
	通讯地址*: 省/自治区*:	市*:	区/县*:	乡镇/街道/路*:	村/小区/号*:	其他:
	固定电话-区号*:	固定电话*:	分机号*:	手机号码*:		
	与投保人的关系*:	邮编:	电子邮箱地址:			
申请人/受益人/领款人	姓名*:	性别*: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	国籍*:	工作内容或职业*:	出生日期* (年/月/日): ____ / __ / __	
	证件类型*: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他 _____	证件有效期至*:		证件号码		
	通讯地址*: 省/自治区*:	市*:	区/县*:	乡镇/街道/路*:	村/小区/号*:	其他:
	固定电话-区号*:	固定电话*:	分机号*:	手机号码*:		
	与投保人的关系*:	邮编:	电子邮箱地址:			

*申请金额大于等于1万元, 必须填写上述打*项, 并请提供身份证件原件于我司核实。

*如有多个领款人, 请补充填写附录。

索赔事项	
您本次事故是否为意外原因导致?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
请您选择本次索赔类型 (可复选) :	
<input type="checkbox"/> 住院医疗费用	<input type="checkbox"/> 住院现金保障
<input type="checkbox"/> 身故	<input type="checkbox"/> 重大疾病
<input type="checkbox"/> 门急诊费用	<input type="checkbox"/> 轻症/中症
<input type="checkbox"/> 豁免保费	<input type="checkbox"/> 特定疾病
<input type="checkbox"/> 提前给付	<input type="checkbox"/> 伤残/全残
<input type="checkbox"/> 长期手术	<input type="checkbox"/> 特定药品费用

保险事故		
就诊信息	就诊医院: _____ 就诊日期: _____	保险事故描述:
	诊断: _____	
意外信息	意外地点: _____ 意外日期: _____	

保险理赔经历 (本次保险事故在其他保险公司的索赔情况)					
保险公司	险种名称	保险金额	投保日期	索赔日期	赔付结论

赔款支付方式	
本人同意工银安盛人寿保险有限公司将本次理赔保险金通过银行转账方式转入以下账户 (请准确填写账户信息, 并提供账户复印件)	
开户银行:	开户省市: _____ 户名: _____ 银行账号: _____

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。

索赔申请人授权及声明

- 本人清楚明白保险金一经通过银行转账到本人以上授权之账号，将视为本人已收到该笔保险金。
- 本人承诺在此保险金给付申请书上所填写的全部内容和随附理赔材料均确实无讹，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、体检机构、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。
- 本人授权工银安盛人寿保险有限公司及其委托的第三方服务机构有权使用、处理、存储及传输基于此申请书或通过其他合法途径（任何医院、司法行政机关、社保中心、保险公司等机构或者个人）和方式收集、获取及持有本人个人信息及相关资料，同时有权基于下列目的向相关机构或个人提供、披露前述本人资料和信息：
 - i) 提供持续的保障、客户服务、理赔程序及评估后续投保申请，ii) 处理并给付保险金及相关款项，iii) 提供关于工银安盛人寿保险有限公司及其关联公司的相关产品和服务的推广信息。
- 本人同意贵公司向中国银行保险信息技术管理有限公司（简称“中国银保信”）报送本人的全部保单信息和理赔信息，并通过医疗机构、中国银保信及知悉本人信息的其他机构查询与本人有关的承保、理赔、医疗等信息。中国银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民事行为能力，其继承人或受让人不可撤销或废止此项授权而仍需受此项授权约束。

索赔申请人：_____ 与被保险人的关系：_____ 签署日期：_____年____月____日

★若委托代办，请填写以下内容

授权委托书

本申请人（以下简称授权人）现委托_____（以下简称受托人）（证件类型_____证件号码_____联系方式_____）

与授权人关系_____）代为办理上述保单的理赔业务：

■ 向本公司递交理赔申请资料及受领退回的申请资料 同意 不同意

说明：签署本授权时，应同时提供受托人与授权人的身份证原件与复印件

授权人签名：_____ 受托人签名：_____

附录：

受益人/领款人	姓名*：	性别*： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	国籍*：	工作内容或职业*：	出生日期*（年/月/日）：___ / ___ / ___
	证件类型*： <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他_____	证件有效期至*：		证件号码	
	通讯地址*：省/自治区*：_____市*：_____区/县*：_____	乡镇/街道/路*：	村/小区/号*：	其他：	
	固定电话-区号*：_____固定电话*：_____	分机号*：	手机号码*：		
	与投保人的关系*：	邮编：	电子邮箱地址：		
受益人/领款人	姓名*：	性别*： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	国籍*：	工作内容或职业*：	出生日期*（年/月/日）：___ / ___ / ___
	证件类型*： <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他_____	证件有效期至*：		证件号码	
	通讯地址*：省/自治区*：_____市*：_____区/县*：_____	乡镇/街道/路*：	村/小区/号*：	其他：	
	固定电话-区号*：_____固定电话*：_____	分机号*：	手机号码*：		
	与投保人的关系*：	邮编：	电子邮箱地址：		
受益人/领款人	姓名*：	性别*： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	国籍*：	工作内容或职业*：	出生日期*（年/月/日）：___ / ___ / ___
	证件类型*： <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他_____	证件有效期至*：		证件号码	
	通讯地址*：省/自治区*：_____市*：_____区/县*：_____	乡镇/街道/路*：	村/小区/号*：	其他：	
	固定电话-区号*：_____固定电话*：_____	分机号*：	手机号码*：		
	与投保人的关系*：	邮编：	电子邮箱地址：		
受益人/领款人	姓名*：	性别*： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	国籍*：	工作内容或职业*：	出生日期*（年/月/日）：___ / ___ / ___
	证件类型*： <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他_____	证件有效期至*：		证件号码	
	通讯地址*：省/自治区*：_____市*：_____区/县*：_____	乡镇/街道/路*：	村/小区/号*：	其他：	
	固定电话-区号*：_____固定电话*：_____	分机号*：	手机号码*：		
	与投保人的关系*：	邮编：	电子邮箱地址：		

理赔须知

尊敬的客户，您好！

感谢您对我公司的支持。为了充分保证您的权益，提高理赔时效，请您在申请理赔时，按以下说明进行办理：

1. 报案提醒：当被保险人发生合同约定的保险事故时，请您于十日内通知我公司，我们将为您提供理赔指引服务。
2. 就诊医院提醒：请被保险人在保险合同约的医院接受检查治疗。
3. 保存理赔资料：在检查治疗及事故处理过程中，请您及时收集和妥善保存好保险合同中约定的理赔申请所需的各类资料。
4. 理赔咨询与查询：如咨询理赔事宜，请拨打本公司服务热线95359或保单服务人员；如查询理赔进度，请拨打本公司服务热线95359或自助通过“满e保”、工银安盛人寿官网、工银安盛人寿官微进行查询。
5. 自助理赔服务：本公司已推出自助理赔申请服务，您可以通过扫描保险金给付申请书上方二维码下载“满e保”或关注工银安盛人寿官微，快速办理理赔。

重要提示：

公司理赔人员将在理赔资料递交完备后进行审核，为提高理赔效率，请您详细填写保险金给付申请书各栏目并递交相应的理赔材料，理赔材料一览表及理赔材料收集指南请参照如下：

《理赔材料一览表》（表中数字编号请参照《理赔材料收集指南》）

索赔事项 事故类型	门急诊费用	住院现金保障	住院医疗费用	伤残/全残	身故	豁免保费	重大疾病/中症/轻症	特定疾病	提前给付	特定药品	长期手术
疾病导致	1.2.3.5	1.2.3.4.5	1.2.3.4.5	1.2.3.4.7	1.2.3.4.9	1.2.3.4.9	1.2.3.4.6	1.2.3.4.6	1.2.3.4.6	1.2.3.4.5.6	1.2.3.4.6.10
意外导致	1.2.3.5.8	1.2.3.4.5.8	1.2.3.4.5.8	1.2.3.4.7.8	1.2.3.4.8.9	1.2.3.4.8.9	1.2.3.4.7.8	-	-	-	1.2.3.4.6.8.10

《理赔材料收集指南》

编号	理赔资料名称	具体形式及获取途径	备注
1	保险金给付申请书	向本公司分支机构柜面领取，或在本公司官方网站 http://www.icbc-axa.com 下载，请申请人详细填写申请表各栏目并亲笔签名	a. 如有多次保险事故同时申请，则应按保险事故次数分别填写申请，并提供相应的索赔材料； b. 非身故理赔应由被保险人本人申请，若被保险人未满十八岁，由监护人填写并签署； c. 身故理赔应由身故保险金受益人申请，没有指定受益人的，由被保险人的法定继承人作为申请人提出申请，如受益人或继承人未满十八周岁，应由其监护人填写申请并签署。
2	身份证明（复印件）	您自行提供	a. 被保险人身故需递交受益人身份证明； b. 被保险人或受益人未成年的需递交监护人身份证明； c. 豁免保费需递交投保人身份证明及其与被保险人的关系证明（如户口本）。
3	门/急诊病历及相关医疗检查化验单	被保险人门急诊就医后自行保管的门诊病历及CT、核磁共振、B超、X光、心电图、血液检验等检查结果报告单	门诊病历应记录有主要症状体征、诊断及诊疗意见，用药应含有：药名、剂型、剂量、用法、总剂量等，并且病历记载用药应与收据相符。
4	出院小结（出院记录）	被保险人办理出院手续后医院提供，须有医院加盖公章	
5	医疗费原始发票、费用清单	门诊：医院门诊收费处提供门诊发票 住院：医院住院收费处提供住院发票，费用清单	a. 若其他机构已部分报销：须另提供其他机构已部分补偿证明，若收据原件被其他机构留存的，则提供加盖有该原件留存机构公章并注明已补偿金额或明细的收据复印件； b. 单独申请住院津贴理赔仅提供医疗费用发票复印件。
6	病理报告	办理出院手续时向医院索取	申请早期恶性肿瘤或恶性病变、恶性肿瘤、女性特定疾病理赔时须提供病理报告。
7	伤残鉴定书	在治疗结束后由本公司和被保险人共同认可的鉴定机构进行鉴定，通常为当地公安局、检察院、法院等部门市级以上的法医鉴定机构	如果自被保险人遭受意外伤害或患病之日起180天内治疗仍未结束，按第180天的身体情况进行鉴定，定残标准须参照保险合同条款约定，鉴定费用由您自行承担。
8	意外事故证明*	根据不同的意外事故类型、经办机构，提供相应的意外事故证明材料	意外事故证明文件常见形式如：道路交通事故认定书，赔偿调解书，交通事故出险须递交驾驶证和行驶证（被保险人为驾驶员时）；工伤事故调查报告，单位事故报告；公安证明，笔录，报案回执，法医检验报告；民事调解和判决书，调解和赔偿协议，鉴定报告，事故处理报告，事故照片等。 * 若申请个人医疗保险小额理赔（指索赔金额在3000元以下，事实清晰、责任明确，且无需调查的费用补偿型、定额给付型个人医疗保险理赔），除有公安机关等第三方介入的情况外，不需提供意外事故证明。
9	死亡证明	《居民医学死亡证明》：医院或公安机关开具	在医院救治无效身故，则由该医院开具《居民医学死亡证明》，其他情况身故一般由公安机关认定死亡原因后开具《居民医学死亡证明》； 死亡证明是身故理赔必备证明。
10	手术记录	记载有手术时间、名称、过程、术者的医疗文书，附于完整的住院病史中，可以在出院后前往医院病案管理部门复印	

注：1. 除上表中特别注明“复印件”以外，其他所有申请材料均需要提供原件；

2. 列表内资料仅供参考，本公司可根据索赔个案具体情况，请您协助递交与确认保险事故性质、原因、伤害程度等有关的其他证明和资料。