

# 索赔申请书（通用版）



\*CA011\*

NO. \_\_\_\_\_

投保单位名称：（团体客户填写）\_\_\_\_\_

保单号：（团体客户填写）\_\_\_\_\_

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<br>（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 |

- 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。
- 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。**
- 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》。
- 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                    | <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他_____ |      | 证件有效期限                                     | 年 月 日起至 20 年 月 日止/ <input type="checkbox"/> 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                               |  |  |
|                             | 与投保人关系                  | 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。 |  |  |
|                             | 如：本人、配偶、父子/女、母子/女、劳动、其他 |   |      |  |  |  |
| 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   | <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他_____ |      | 证件有效期限                                 | 年 月 日起至 20 年 月 日止/ <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 指定受益人 <input type="checkbox"/> 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                         | <b>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。</b> |   |      |  |  |
|                               | 与投保人或受益人关系  | <input type="checkbox"/> 监护 <input type="checkbox"/> 劳动 <input type="checkbox"/> 其他 | 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。 |  |
|                               | 姓名/名称   | 性别  | 国籍*  | 行业*  | 职业*  |
|                               | 证件类型  | <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他_____                       |      | 证件有效期限                                     | 年 月 日起至 20 年 月 日止/ <input type="checkbox"/> 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 |   |   |      |  |  |

|      |  |          |      |                  |  |
|------|--|----------|------|------------------|--|
| 事故信息 | 理赔类型： <input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 伤残 <input type="checkbox"/> 高残/全残 <input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 特种疾病 <input type="checkbox"/> 医疗 <input type="checkbox"/> 保费豁免 <input type="checkbox"/> 失能/失业 <input type="checkbox"/> 仅申请住院补贴 |          |      |                  |  |
|      | 事故日期   | 20 年 月 日 | 事故地点 |                  |  |
|      | 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： |  |

|    |    |      |    |
|----|----|------|----|
| 领取 | 户名 | 开户银行 | 账号 |
|----|----|------|----|

|             |       |  |   |   |   |  |
|-------------|-------|--|---|---|---|--|
| 委托信息栏       |       | 是否委托： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意  |   | 2. 接收新华保险的理赔决定通知 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 |   |  |
|             | 受托人姓名 | 与委托人关系   | <input type="checkbox"/> 亲戚 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 其他 | 证件类型  | <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他_____ |  |
|             | 证件号码  |  |   |   | 证件有效期限  | 年 月 日起至 20 年 月 日止/ <input type="checkbox"/> 长期 |
|             | 手机    | <b>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。</b>   |   |   |   |  |
| 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，如何办理理赔申请？

- (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