

保险金给付申请书（非身故责任）



*温馨提示：扫描二维码下载“交银人寿 APP”，快速办理理赔

受理号码：_____ 受理人：_____ 受理日期：_____

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理赔须知）

交银人寿保险有限公司（以下简称“交银人寿”、“本公司”）

保险合同编号：		申请理赔险种：	
被保险人/申请人信息（请完整填写下列信息，如申请人为被保险人本人，申请人信息无需填写）			
被保险人	姓名：	证件类型： ☐ 身份证 ☐ 其他_____	国籍：
	性别：	证件有效起期：_____ 止期：_____	职业：
	与投保人关系：		电子邮箱地址：
生日：		居住地址：	
邮编：		联系电话：	
申请人	姓名：	证件类型： ☐ 身份证 ☐ 其他_____	国籍：
	性别：	证件有效起期：_____ 止期：_____	职业：
	与被保险人关系：		电子邮箱地址：
生日：		居住地址：	
邮编：		联系电话：	
税收居民身份声明（年金险或有现金价值的险种填写）：			
受益人税收居民身份判定		1. ☐ 仅为中国税收居民 2. ☐ 仅为非居民 3. ☐ 既是中国税收居民又是其他国家（地区）税收居民 若勾选“2”或“3”，则还需填写“个人所得税居民身份声明文件”。 注：1. 税收居民身份认定规则及纳税人识别号相关信息请参见国家税务总局网站（ http://www.chinatax.gov.cn/aeoi_index.html ）。 2. 军人、武装警察无需填写此声明文件。 3. 税收居民身份信息发生变化之日起 30 日内应告知本公司。	
索赔事项（请您选择本次索赔类型-可复选）			
☐ 住院津贴 ☐ 住院费用 ☐ 门急诊费用 ☐ 生育费用 ☐ 重大疾病 ☐ 轻症疾病 ☐ 残疾 ☐ 豁免保费			
保险事故			
就诊信息	就诊医院：	就诊日期：	诊断：
意外信息	意外地点：	意外日期：	保险事故描述：
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
赔款支付方式（本人同意交银人寿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：
理赔委托声明（注：若未委托他人代办理赔申请，此项无需填写）			
现理赔申请人_____委托_____先生/女士前往贵公司办理本理赔申请事宜。本委托有效期为_____天。委托日期：_____年_____月_____日			
受托人姓名：	性别：	证件类型：	证件号码：
受托人地址：	联系电话：	与委托人关系：	生日：
受托人声明：受托人保证委托人的签名为亲笔签名，受托人在委托有效期内代为办理委托，所实施的行为如有纠纷，受托人自愿承担相应责任。			
受托人签字：		委托人签字：	
客户须知			
1. 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。 2. 理赔申请过程可能影响续期保险费收取，我司将在理赔办理完成后 3 个工作日内办理续期扣款事项。 3. 在您使用交银人寿产品及服务期间，我们将持续为您保存产品及服务所需的您的个人信息，如果您注销账户或主动申请删除个人信息，我们将依据《个人信息保护法》《网络安全法》等法律法规规定处理您的信息。在您注销账户或主动申请删除个人信息后，我们将在法律法规规定的保存期限及达成索赔申请人授权及声明所述目的所需的期限后删除您的个人信息，除非法律法规或监管规定有留存要求或您另行授权同意。我们不会再对您的个人信息进行商业化使用，但我们可能会对您的个人信息进行匿名化处理。 4. 交银人寿对您的个人信息负有保密义务，依法保证数据安全和保护个人隐私。 5. 服务与投诉热线：4008211211。			
索赔申请人授权及声明			
1. 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。 2. 本人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。 (接反面内容)			

(接正面内容)

3. 本人授权任何医院、医生、诊所、体检机构、保险公司、工作单位、其他有关知悉或留存被保险人信息的单位以及个人，均可将与被保险人本次理赔申请相关的资料、信息及数据（如医疗病历、体检报告、公安部门或法院资料、劳动合同、医疗就诊数据等）提供给交银人寿，以及交银人寿委托提供相关服务的合作方（包括并不限于提供调查服务、技术服务、信息服务等服务的合作方及其合作的第三方服务机构），本人愿承担由此产生的一切法律后果。

4. 为保证理赔业务的顺利完成，本人同意：
交银人寿可向其委托处理业务的第三方服务公司提供办理业务所需的个人信息（包括证件信息、理赔信息等）。第三方服务类型包括理赔录入、理赔调查、理赔审核等。

5. 为保证理赔业务的顺利完成，本人同意：
交银人寿可将本人的姓名、证件类型、证件号码等信息提供给再保险公司（中国人寿再保险、汉诺威再保险、慕尼黑再保险等公司），用于再保险公司对本次理赔进行审核并给出理赔意见。

6. 为保证理赔业务的顺利完成，本人同意：
交银人寿可将本人的姓名(公司名称)、证件类型、证件号码（统一社会信用代码）提供给中国银行保险信息技术管理有限公司（以下简称“中国银保信”），并同意中国银保信对上述信息以及本人理赔信息、治安司法案件相关信息进行收集并经加工分析、合理使用后，传输给交银人寿用于保险业务风控。中国银保信的上述处理行为对您接受交银人寿的服务具有必要性，不会对您的个人权益造成非法侵害。如有关于个人信息保护相关的问题咨询，您可以拨打交银人寿全国客服电话 4008211211 或联系中国银保信：privacy@cbit.com.cn。

7. 根据监管机构规定，为实现个人保险实名制管理目的的需要，本人同意：
交银人寿可采集本人办理理赔所需的信息要素（包括但不限于姓名、证件类型、证件号码、证件有效期起止期限、手机号码等），传递给交银人寿委托的信息认证专门机构（中国银保信、腾讯云计算（北京）有限责任公司）进行有效性核验并向交银人寿反馈。

8. 为落实监管规定、维护金融行业秩序、防止欺诈等违法活动，本人同意：
交银人寿可采集涉及本人的理赔信息（包括但不限于证件信息、基本内容等），并由交银人寿的监管机构或必要合作机构（中国银保监会、中国人民银行、保险行业协会、中国银保信等金融相关必要机构）进行存储、登记，上述各单位均可对上述信息进行合理的使用与传递。

9. 此条仅适用于申请个人养老金保险理赔时——为【提供个人养老金保险服务】需要，本人同意：
交银人寿及其合作的个人商业养老金资金账户开户银行，可以将信息主体个人信息（包括个人养老金资金账户信息、产品交易信息、保单信息等）提供给中国银行保险信息技术管理有限公司，中国银行保险信息技术管理有限公司可以收集个人养老金保险服务所需的信息主体个人信息（包括交银人寿及其合作的个人商业养老金资金账户开户银行提供的个人养老金资金账户信息、产品交易信息、保单信息等），并对上述信息进行必要处理后，传输给交银人寿及其合作的个人商业养老金资金账户开户银行，用于实现上述提供个人养老金保险服务目的。

10. 以下事宜需要您单独同意，如未获得您的单独同意，则本次理赔申请我司歉难受理：
(1) 因理赔需要，交银人寿可能需要处理本人的金融账户等信息以及不满十四周岁未成年人的个人信息，本人同意交银人寿处理前述对个人权益有重大影响的敏感个人信息。
本人已阅读并同意上述授权：☐已阅知, 同意 ☐已阅知, 不同意
(2) 因理赔需要及监管相关规定的要求，本人同意交银人寿可将办理理赔所需的相关个人信息提供给监管机构或交银人寿合作的必要机构等其他个人信息处理者。
本人已阅读并同意上述授权：☐已阅知, 同意 ☐已阅知, 不同意

索赔申请人签字：_____

签署日期：_____年_____月_____日

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，请您于三日内通知我公司，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定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，请拨打客服电话4008211211或当地客服人员；如查询理赔进度，请拨打客服电话4008211211或自助通过交银人寿官微/交银人寿APP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，您可以通过微信搜索进入交银人寿官微或扫描保险金给付申请书上方二维码下载交银人寿APP，快速办理理赔。
6. 申请人说明：如被保险人无民事行为能力（包括并不限被保险人未满18周岁，下同），被保险人的监护人为申请人。

重要提示：

公司理赔人员将在理赔资料完备后进行审核，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	住院津贴	住院费用	生育费用	残疾	重大疾病/轻症
疾病导致	1. 2. 3. 5	1. 2. 3. 4. 5	1. 2. 3. 4. 5	1. 2. 3. 4. 5. 9	1. 2. 3. 4. 7	1. 2. 3. 4. 6
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. 5. 8. 9	1. 2. 3. 4. 7. 8	1. 2. 3. 4. 7. 8

《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	向分公司运营部领取，或在本公司官方网站 http://www.bocommlife.com 下载，请申请人详细填写申请表各栏目并亲笔签名	a. 如您在填写过程中有任何疑问，可拨打客服电话 4008211211，或向柜面服务人员咨询 b. 非身故理赔应由被保险人本人申请，若被保险人无民事行为能力，由监护人填写并签署
2	身份证明（复印件）	客户自行提供	a. 被保险人身故的，需递交受益人身份证明及关系证明 b. 被保险人或受益人无民事行为能力，需递交监护人身份证明及关系证明 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	客户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）	客户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可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，鉴定费用由索赔人自行承担
8	意外事故证明	根据事故类型、性质不同、经办机构不同，应提交的意外事故证明资料及出具机构不同：有交警部门；公、检、法等执法机关；劳动社会保障部门；客户所在单位或其他事故经办机构等	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
9	结婚证、产检记录	1、被保险人的结婚证明 2、产前检查记录	

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，请您协助递交您所能提供的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。