



美国友邦保险有限公司江苏分公司
以下简称“公司”

收件盖章

友邦团体保险身故理赔申请表

A. 被保险人资料:

保险合同编号:	被保险人(员工/家属)姓名:	被保险人编号:
投保人名称:	身份证/护照号码:	
被保险人身故前职位和职责(若有兼职请说明):		

B. 索赔申请人资料:

索赔申请人姓名:	与被保险人关系:	
身份证号码:	联络电话:	
联络地址:	邮政编码:	

C. 索赔项目及金额: (币值单位为人民币元, 请选择索赔项目)

索赔项目	<input type="checkbox"/> 身故赔偿	<input type="checkbox"/> 意外身故赔偿	<input type="checkbox"/>
申请金额			

D. 意外事故导致被保人身故的适用: (若内容较多表格不够填写, 请另附纸)

意外事故的时间:	地点:	伤害部位及程度:
意外事故的经过:		死亡地点:
意外事故是否经有关部门处理? () 是。请提供该部门出具的事故处理报告原件。 () 否		
是否因意外事故就诊? () 是。请提供该医院就诊的所有病史资料原件。 () 否		
被保险人意外死亡后是否曾经解剖或检验死因? () 是。请提供该医院就诊的所有病史资料原件。 () 否		

E. 疾病导致被保险人死亡的适用: (若内容较多表格不够填写, 请另附纸)

导致死亡的疾病名称:	
疾病首次就诊前有何症状:	症状存在多久:
疾病首次就诊的医院名称:	就诊日期:
疾病首次被确认的医院名称:	确诊日期:
确诊后是否曾转诊其他医院, 如是, 请填写转诊医院名称:	
被保险人疾病身故后是否曾经解剖或检验死因? () 是。请提供该医院就诊的所有病史资料原件。 () 否	

F. 其他资料: (若内容较多表格不够填写, 请另附纸)

有关此次理赔, 理赔申请人有否申请其他保险赔偿? (如有请注明公司名称、保险合同编号、赔偿金额)
--

G. 被保险人的雇主说明, 请投保人填写以下内容: (若内容较多表格不够填写, 请另附纸)

被保险人身故前的工作部门:	职务及工作内容:	
被保险人身故原因和日期:	身故日期:	
被保险人何时开始停止工作:	身故前月收入:	
投保人联系人姓名:	联络电话:	日期:

授权声明:

1. 身故保险金受益人/索赔人声明以及投保人说明内容等陈述与回答全部属实及详尽。
2. 本人授权及对被保险人接受过治疗或住院或具有被保险人健康情况记录的任何内外科医生、医院、诊所、公安、保险公司或任何组织, 均可以将该意外之细节, 被保险人健康情况、过往的病历、医嘱, 以及任何住院、治疗、病历详细资料提供给保险公司。本人愿意承担由此产生的一切法律后果。此授权书的复印件与正本具同等效力。
3. 以上“G”部分投保人出具的书面证明以及本公司要求的所有索赔申请资料均被视为有效, 并作为索赔证据的一部分。

--	--	--

索赔申请人签字

日期

授权代表签署及投保人公章