



# 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

## 友邦团体保险重大理赔申请表

### A. 被保险人资料:

保险合同编号:	投保人名称:
被保险人(员工/家属)姓名:	被保险人编号:
身份证/护照号码:	联系电话:
联络地址:	邮政编码:
被保险人目前职位和职责(若有兼职请说明):	

### B. 索赔申请人资料:

索赔申请人姓名:	联系电话:
身份证/护照号码:	邮政编码:
联络地址:	

### C. 索赔项目及金额: (非身故理赔, 币值单位为人民币元, 请选择索赔项目)

索赔项目	申请金额

### D. 适用于意外事故导致被保险人残疾: (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:	
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	

### E. 适用于疾病导致被保险人残疾: (若内容较多表格不够填写, 请另附纸)

导致残疾的疾病名称:		
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:	
若曾住院, 请填写医院名称:	住院日期:	总计住院天数:

### F. 适用于重大疾病索赔: (若内容较多表格不够填写, 请另附纸)

申请赔偿的疾病名称:	首次就诊的日期:	年	月	日
详述发病之日起的一切症状:				
首次就诊的医院名称:	医生姓名:			
以往因此病住院的记录:	医院名称:	入/出院日期:		
	医院名称:	入/出院日期:		

您是否接受过X线、B超、心电图、CT、核磁共振及其他影像学检查？如有，请述详情并提供相应报告。
您是否接受过血液实验室检查、穿刺、涂片、及手术活检？如有，请述详情并提供相应报告。
你是否曾患有的其它任何重大疾病或因此接受过的任何治疗，如有，请述详情：

**G. 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、保单编号、赔偿金额）
是否因其它疾病曾接受过治疗？（如有，请注明疾病诊断名称、日期、就诊医院）

**H. 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）

被保险人出险前的工作部门：		
职务及工作内容：		
被保险人出险的原因	出险日期	
被保险人何时开始停止工作	出险前月收入	
被保险人出险后是否曾恢复工作	（ ）是，请说明恢复工作日期： （ ）否	
被保险人目前的健康状况如何：		
对被保险人目前是否有工作安排：	（ ）是，请说明工作安排内容： （ ）否	
对被保险人今后是否有工作安排：	（ ）是，请说明工作安排内容： （ ）否	
投保人联系人姓名	联络电话	日期

**被保险人授权与声明：**

- 本人声明以上陈述与回答全部属实及详尽。
- 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。
- 以上“H”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