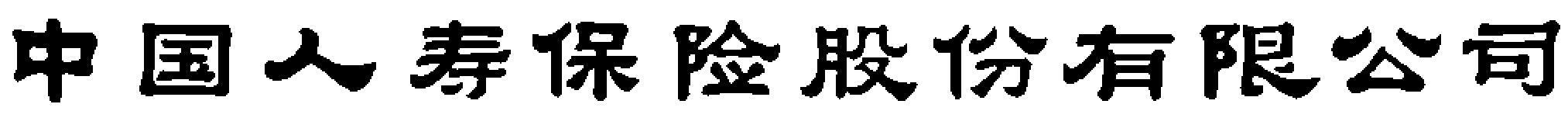
**http://www.fsg.com.cn/images/trs_sh_30thlogo.png**



**人身保障理赔申请单（2018年版）**

**NO：**

|  |  |
| --- | --- |
| **索赔申请**  **指引** | 1、为维护您的合法权益，请您根据索赔的具体项目提交相应资料，具体要求见附件。  2、银行账号注销或更改请务必通知上海外服所属业务中心业务员。  3、各项填报及提供的一切资料如有虚假不实或隐瞒情况，保险公司有权拒赔并依法追究法律责任。 |

**员工填写：请清楚、完整、正确填写以下各项信息**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 员工姓名 | | | | 身份证号码 | | | 电脑号 | 所属业务中心 |
| 商社名称 | | | | | | | 联系电话 | |
| 联系地址 | | | | | | | 邮编 | 工作地 |
| 子女 配偶 | | | 姓名 | | | 身份证号码/出生年月 | | |
| **申请项目类别： 意外身故 意外伤残 疾病身故 疾病致残** | | | | | | | | |
| **事故经过** | 时间： 年 月 日 时 | | | | 地点： | | | |
| 详细经过：（如曾住院，请填写住院资料，如：医院名称、起始日期、疾病诊断名称等） | | | | | | | |
| **出险人现状** | | **治疗中 治疗结束 身故（**身故日： 年 月 日） **残疾** | | | | | | |

员工（或受益人）签名： 申请日期：

**审核意见**

|  |
| --- |
| **业务中心意见：**  经办人/日期 |
| **医疗保障中心受理初审意见：**  情况概述:  受理人/日期 |
| **复审意见：**  复核人/日期 |
| **医疗保障中心部门经理意见：**  部门经理/日期 |
| **公司领导意见：**  公司领导/日期 |