

团体人身保险理赔申请书

单证代码：020000009862

为确保您的正当利益，在填写前敬请阅读《申请须知》！
请认真填写下表，带“*”项为必填项。

*保单信息	保险单号：			投保单位名称：		
*被保险人信息	姓名：		性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年龄（ ）岁	联系地址：	
	证件类型：		证件有效期：至 年 月 日/□长期		证件号码：	
	国籍：	职业：	联系电话：		电子邮件：	
*申请人信息 [注：被保险人本人作为申请人此项可不填]	姓名：		性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年龄（ ）岁	联系电话：	
	证件类型：		证件有效期：至 年 月 日/□长期		证件号码：	
	国籍：	职业：	联系地址：		省/直辖市	市 区/县 街道/乡镇
	申请人身份： <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 指定受益人 <input type="checkbox"/> 法定继承人 <input type="checkbox"/> 被保险人的监护人 <input type="checkbox"/> 其他_____					
*主被保险人信息 [注：被保险人非连带被保险人此项可不填]	姓名：		被保险人 与主被保险人关系： <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他		部门名称（主被保险人）：	
			证件号码：		员工编码（主被保险人）：	
*出险信息	索赔类别： <input type="checkbox"/> 意外医疗 <input type="checkbox"/> 疾病医疗 <input type="checkbox"/> 女性生育 <input type="checkbox"/> 津贴 <input type="checkbox"/> 残疾 <input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 其他_____					
	疾病发生过程/ 意外事故经过		伤情及目前情况		出险/住院时间	
*转帐信息	1、请填写银行账户信息 若投保时已提供银行账户信息，请选择： <input type="checkbox"/> 使用投保时提供的银行账户 若投保时未提供银行账户信息，请填写					
	开户行：		户名：		帐号：	
	2、授权转账非受益人本人账户 若保险金要求转入非受益人本人账户，请授权：同意授权保险公司将本次申请的理赔款转至_____的银行账户。 被保险人与收款人关系： <input type="checkbox"/> 雇佣 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他_____					
*理赔授权委托声明（注：若未委托他人代办理赔申请，此项无需填写。）						
现申请人_____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。授权委托日期：_____年____月____日						
受托人信息	姓名：		性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年龄（ ）岁	国籍（ ）	联系电话：
	证件类型：		证件有效期：至 年 月 日/□长期			证件号码：
	联系地址			省/直辖市	市 区/县	与委托人关系 <input type="checkbox"/> 雇佣 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他_____
受托人声明	第一、 受托人保证授权人的签名为亲笔签名，如有纠纷，受托人自愿承担相应责任；					
	第二、 受托人在授权有效期内代为办理委托，严格遵循授权人的真实意愿，所实施的行为如超出授权范围，受托人自愿承担相应责任。					
授权人签章：		受托人签章：		投保单位签章：		
注：如保险金经受益人授权要求转账至投保单位账户，请投保单位对“转帐信息”、“理赔授权委托声明”盖章确认。						
本人郑重声明：						
1、本人声明上述填写内容，及本人提供的一切资料均完全属实，如有虚假不实或隐瞒情况，本人愿意承担由此产生的一切法律后果。 2、本人同意并授权平安养老保险股份有限公司可自行或通过委托第三方机构向相关单位或个人查询、收集与本次理赔申请有关的资料（包括证件号码、保单信息、银行账号、病历、票据信息、结算信息、司法鉴定材料及履行理赔服务所必需的资料），用于本人理赔服务。 3、如需银行转账，本人同时声明授权平安养老保险股份有限公司将赔偿金直接划入受益人提供的银行账户，并同意负责因非平安养老保险股份有限公司原因导致的转账不成功的后果。 4、本人同意平安养老保险股份有限公司，除法律另有规定之外，将本人、投保人及投保人委托的中介机构提供给平安养老保险股份有限公司的信息、享受平安查询、收集的信息，向平安养老保险股份有限公司服务产生的信息（包括本单证签署之前提供和产生的）以及平安养老保险股份有限公司根据《理赔个人信息收集及使用授权条款》约定查询、收集的信息，向平安养老保险股份有限公司因服务必要开展合作的相关方提供。为确保本人信息的安全，平安养老保险股份有限公司对上述信息负有保密义务，并采取各种措施保证信息安全。 5、 <input type="checkbox"/> 本人已详细阅读附页《理赔个人信息收集及使用授权条款》所述个人信息处理相关内容，且充分理解并同意平安养老保险股份有限公司根据《理赔个人信息收集及使用授权条款》所述个人信息处理的约定处理本人提供的个人信息。 6、 <input type="checkbox"/> 本人作为未满14周岁未成年人的父母或监护人，已阅读并理解附页《理赔个人信息收集及使用授权条款》所述个人信息处理相关内容和附件《未成年人理赔个人信息收集及使用授权条款》，且特此单独同意。 本条款自本单证签署时生效，具有独立法律效力，未尽事宜详见附件《理赔个人信息及使用授权条款》。 如您不同意上述授权条款的部分或全部，可致电客户热线（95511）取消或变更授权。						
*申请人签章：		*申请提交日期：		*授权人签章：		*授权时间：

理赔个人信息收集及使用授权条款

重要提示：

尊敬的客户（以下简称“您”），在您签字确认前务必审慎阅读、充分理解本授权条款的内容（**特别是黑体字条款**），并关注您在本授权条款中的权利、义务。如您对下述授权条款有疑问或意见，您可致电平安养老保险股份有限公司（以下简称“我们”）客户热线（95511-#6）咨询。

您在使用我们服务的过程中，为履行服务所必需向我们提供其他个人信息（例如：您为您的家人申请理赔）前，请您事先向相关个人进行必要的告知（如个人信息范围、个人信息用途等），并获得相关个人的授权同意。

一、我们如何收集、加工和使用您提供的个人信息

（一）按照法律法规、规章及监管规定等要求，当您向我们申请办理理赔业务时，我们会向您或我们委托的第三方合作机构及必要合作伙伴（以下简称“受托公司”）收集（检索、调阅、摘抄、复印或其他方式获取）、加工、使用您提供的个人信息：**姓名、性别、国籍、职业、联系地址、联系方式、工作单位、有效身份证件的类型、号码和有效期限、出生日期、医疗健康信息（包括因医疗就诊产生的就诊信息、病历信息、处方医嘱信息、结算信息、票据信息、司法鉴定材料）、银行卡号、保单信息、保险事故信息**。前述加黑加粗信息可能属于敏感个人信息，为理赔环节必要性信息，如您不同意提供该信息，可能无法使用我们提供的服务。

若您系未满 14 周岁未成年人的父母或其他监护人，当您在帮助未满 14 周岁未成年人进行理赔前，应当仔细阅读本授权条款和《未成年人理赔个人信息收集及使用授权条款》（详见附件，如适用），并决定是否同意。

（二）除了取得您同意的情形，我们可能会在法律法规允许的范围内收集、加工和使用您提供的个人信息；我们还会对您提供的个人信息采取脱敏、去标识化等方式进行分析和使用，以便为您提供优质的服务，我们处理后的个人信息使用无需再向您通知并征得您的同意。

二、我们如何传输、提供、委托处理、公开您提供的个人信息

（一）**传输、对外提供、委托处理**：我们只在上述授权范围内处理个人信息，并最大限度地保护个人权益，超过上述授权范围我们依法履行相关义务。但根据法律法规规定，或按政府主管部门的强制性要求的除外。

（二）**公开**：原则上，我们不会公开披露您提供个人信息。如确需公开披露，我们会征得个人信息属主的明确同意。但根据法律、诉讼或政府主管部门强制性要求的除外。

三、我们如何存储和保护您提供的个人信息

我们已使用符合业界标准的安全防护措施存储和保护您提供的个人信息，防止您提供给我们的个人信息遭到未经授权访问以及个人信息泄露、篡改、丢失。我们仅在上述信息处理目的所必需期间和法律法规及监管规定的时限内保存您提供的个人信息。

必要的合作伙伴及第三方合作机构：

包括行政机关、公安部门、司法鉴定中心、银保监会及其下设机构、保险行业协会及其合作伙伴、医疗机构、体检单位、社会医疗保险机构、共保公司、再保公司、银行、特药直付供应商、客服公司、物流公司、律师事务所、保险公估公司、与保险事故或因理赔服务必要开展合作的单位及人士；中国银行保险信息技术管理有限公司、中保科联技术有限责任公司、平安科技（深圳）有限公司、平安科技（上海）有限公司、平安医疗科技有限公司、深圳平安综合金融服务有限公司、上海镁信健康科技有限公司、首信医联信息技术有限公司、中国平安人寿保险股份有限公司、平安健康保险股份有限公司、中国平安财产保险股份有限公司、卫宁云钢科技（上海）有限公司、江苏乐凡保险公估有限公司、苏州智宏保险咨询有限公司、北京众信保险公估有限公司、上海尚法生物科技有限公司司法鉴定所。

附件：未成年人理赔个人信息收集及使用授权条款

重要提示：

尊敬的客户（以下简称“您”），平安养老保险股份有限公司非常重视对 14 周岁以下未成年人个人信息的保护。为了保障未成年人的个人权益，您作为 14 周岁以下未成年人的父母或其他监护人，请您在为 14 周岁以下未成年人申请理赔并在线下签署《未成年人理赔个人信息收集及使用授权条款》前，务必审慎阅读、充分理解本授权条款的内容（**特别是黑体字条款**），关注您和 14 周岁以下未成年人在本授权条款中的权利、义务。

如您对下述授权条款有疑问，或对于个人信息处理存在相关意见及您根据相关法律法规行使个人信息保护相关的权利，可致电平安养老保险股份有限公司（以下简称“我们”）客户热线（95511-#6）咨询。

一、适用范围

本授权条款适用于您为您所监护的 14 周岁以下的未成年人向我们申请理赔服务，请您理解，如本授权条款未规定之处，参照适用《理赔个人信息收集及使用授权条款》及个人信息保护相关法律法规。

二、我们如何收集、加工和使用您监护的 14 周岁以下的未成年人的个人信息

（一）按照法律法规、规章及监管规定等要求，当您为您监护的 14 周岁以下的未成年人向我们申请理赔业务时，我们会向您或我们委托的第三方合作机构及必要合作伙伴（以下简称“受托公司”）收集、加工、使用您所监护的 14 周岁以下的未成年人的：**姓名、性别、国籍、职业、联系地址及方式、有效身份证件信息、出生日期、医疗健康信息、银行卡号、保险事故信息**。前述加黑加粗信息可能属于敏感个人信息，为理赔环节必要性信息，如您不同意提供该信息，可能无法使用我们提供的服务。

（二）除了取得您同意的情形，我们可能会在法律法规允许的范围内收集、加工和使用您提供的个人信息；我们还会对您提供的个人信息采取脱敏、去标识化等方式进行分析和使用，以便为您提供优质的服务，我们处理后的个人信息使用无需再向您通知并征得您的同意。

三、我们如何传输、提供、委托处理、公开您监护的 14 周岁以下的未成年人的个人信息

（一）**传输、对外提供、委托处理**：我们只在上述授权范围内处理个人信息，并最大限度地保护个人权益，超过上述授权范围我们依法履行相关义务。但根据法律法规规定，或按政府主管部门的强制性要求的除外。

（二）**公开**：原则上，我们不会公开披露您提供个人信息。如确需公开披露，我们会征得个人信息属主的明确同意。但根据法律、诉讼或政府主管部门强制性要求的除外。

四、我们如何存储和保护您监护的 14 周岁以下的未成年人的个人信息

我们已采取合理可行的安全防护措施存储和保护您提供的 14 周岁以下的未成年人个人信息，防止您提供给我们的 14 周岁以下的未成年人个人信息遭到未经授权访问以及个人信息泄露、篡改、丢失。我们仅在上述信息处理目的所必需期间和法律法规及监管规定的时限内保存您提供的个人信息。

*平安养老保险股份有限公司地址：中国（上海）自由贸易试验区陆家嘴环路 1333 号 12 楼、20 楼、21 楼、24 楼。