

理 赔 须 知

一、理赔流程

(一) 出险报案电话

95510-2-1

(二) 提交理赔材料

金额小于 1000 元的理赔申请, 优先通过阳光财意赔小程序提交电子档案。

纸质理赔材料请按照 95510 坐席引导进行邮寄。

温馨提醒:由于快递寄送存在安全到达问题, 请在寄送前将所有材料拍照留底, 以防快递丢件产生无法挽回的损失。

二、注意事项

1. 保险金申请人向保险公司申请赔付时, 应提交有关理赔材料。保险金申请人未能提供有关材料, 导致保险公司无法核实该申请的真实性的, 保险公司对无法核实部分不承担给付保险金的责任。
2. 发生保险责任范围内的损失, 如果根据法律规定或者有关约定, 应当由其他第三者负责赔偿部分或全部的, 被保险人应首先向其他第三者索赔。

三、理赔单证材料指引

身故案件材料	
1.1	理赔申请书
1.2	意外事故证明
1.3	被保险人身份证明及受益人的身份证明
1.4	受益人银行账户信息
1.5	所有法定受益人索赔授权书、关系证明书、同意书
1.6	被保险人的户籍注销证明
1.7	殡葬证明(火化证明或土葬证明), 公安部门、司法部门或二级及二级以上医院或保险人认可的医疗机构出具的被保险案件人居民死亡医学证明(推断书/抢救记录/尸检报告。若被保险人为宣告死亡, 保险金申请人应提供法院出具的宣告死亡证明文件

1.8	若被保险人委托他人申请保险金的，还应提供授权 委托书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证 明文件的照片（1.公证； 2.法院判决； 3.人民调解委员会调解等）。受益人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的，由其监护人代为申领保险金并需要提供监护人的身份证明等资料
1.9	被保险人所能提供的与确认保险事故的性质、原因损失等有关的其他证明和资料
伤残案件材料	
2.1	理赔申请书
2.2	意外事故证明
2.3	被保险人身份证明及受益人的身份证明
2.4	被保险人银行账户信息
2.5	二级或二级以上医院或保险人认可的医疗机构、保 险人认可的其他鉴定机构出具的残疾鉴定书， 鉴定过程保险人要求安排服务中心人员参与
2.6	门急诊病历及住院病历， 发票原件及费用清单
2.7	若被保险人委托他人申请保险金的，还应提供授权 委托书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证 明文件的照片（1.公证； 2.法院判决； 3.人民调解委员会调解等）。受益人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的，由其监护人代为申领保险金并需要提供监护人的身份证明等资料
2.8	被保险人所能提供的与确认保险事故的性质、原因损失程度等有关的其他证明和资料
医疗案件材料	
3.1	理赔申请书
3.2	意外事故证明
3.3	被保险人身份证明及受益人的身份证明
3.4	领款人银行账户信息（仅限:中、农、工、建、交、邮政）
3.5	被保险人医疗费用的， 应提供二级以上（含二级） 医院或者保险人认可的医疗机构出具的被保险人的诊 断证明、病历原件、检验报告、诊断证明、出院小结入院记录、手术记录、发票原件、住院医疗费用明细清单等
3.6	被保险人所能提供的其他有关证明和资料

注意：

1. 被保险人若已通过其它途径获得了部分医疗费用的 补偿并无法提供医疗费用原始凭证时， 需提供医疗费用凭证复印件， 同时出具注明已给付比例和金额、 加盖支付费用单位公章的分割单等相关证明， 保险人按本保险合同在剩余医疗费用内承担保险责任

2. 保险合同所指分割单应符合财政部《会计基础工作规范》的有关要求。涉及基本医疗保险时，分割单指基本医疗保险费用结算表，或当地基本医疗保险结算办法所规定的其他类似费用结算证明；
3. 保险金申请人因特殊原因不能提供上述证明的，则应提供法律认可的其他有关的证明和资料。
4. 以上所有险种所提交的理赔材料为通用必备单证，如事故经过、原因存在其他特殊情况提交材料以实际为准。

四：理赔申请书模板



意外伤害保险和短期健康保险理赔申请书

被保险人姓名		性别		年龄		职业	
身份证号		联系电话		手机		固定电话	
单位名称							
理赔通知送达地址						邮编	
申请理赔事项	<input type="checkbox"/> 意外医疗 <input type="checkbox"/> 门诊医疗 <input type="checkbox"/> 住院医疗 <input type="checkbox"/> 住院补贴 <input type="checkbox"/> 身故给付 <input type="checkbox"/> 残疾给付 <input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 其它事项						
是否需要理赔分割单	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否(如需理赔单据复印件, 请于理赔前自行复印, 复印件经我司核对与原件一致后可予加盖理赔章)						
事故经过	事故日期		事故地点				
	事故简要经过						
	事故目前状况						
	事故是否通知本公司	<input type="checkbox"/> 是, 请注明日期: 年 月 日 <input type="checkbox"/> 否					
	其它事故处理情况 (请说明是否报公安/交警/劳动或卫生部门处理; 身故者是否检验死因)						
	申请和获得补偿情况 (是否正在申请或已获得其它保险公司、社保或第三者的给付及补偿)	<input type="checkbox"/> 是, 请具体说明: <input type="checkbox"/> 否					
申请人与被保险人关系				申请人联系电话			
如属于保险责任, 保险金领取方式:	1. 申请人本人领取现金 (申请人为一人时, 领款时需要出示申请人证件; 申请人为数人时还要同时提交《索赔及保险金领取协议书》)						
	2. 申请人本人要求通过银行转帐 (申请人为数人时要同时提交《索赔及保险金领取协议书》)						
	开户银行: _____, 户名: _____ 账号: _____						
3. 委托 (委托人需要出示本人证件和填写完整的《理赔授权委托书》)							
理赔申请声明: 1. 本人已经仔细阅读和认真填写了以上各项内容; 2. 本人同意自行承担因账户提供错误导致划账不成功的后果; 3. 本人声明以上填写内容真实详尽, 并无重大遗漏, 可作为理赔依据; 4. 本人授权阳光保险股份有限公司依据《医疗机构病历管理规定》的许可范围复印被保险人病历; 5. 本人授权任何医疗机构、保险公司或其它机构以及一切熟悉被保险人身体健康状况、就医情况、事故经过的单位和个人, 均可将被保险人有关资料向阳光保险股份有限公司如实提供。							
申请人 (授权人) 签字: 申请日期:							

