残疾人团体综合保险出险通知书

报案编号(保险公司服务专员填写)：　　*智慧平台报案号：

*被保险人姓名		*性别		*年龄		*身份证号码	
*户籍所属街镇						*残疾证号码	
*申请人姓名		*联系电话				*身份证号码	
*与被保险人关系	□本人　□配偶　□父母/子女　□监护人　□其他：_____						
保险单号				保险期限	年　月　日至　年　月　日		
事故经过	*出险日期	年　月　日　时　分		*原因		*地点	
	*事故经过(请详细填写)	请详细叙述事故发生后的就诊情况、医疗机构、疾病治疗、事故处理情况等有关信息。					
	*事故是否报公安/交警/劳动或卫生等部门处理　□是(请附材料)　□ 否						
	目前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　□是　□否 若是，请具体说明：						
*本次理赔保险金请划入以下银行账户	开户名：　开户行：						
	账号：						
损失项目	险别明细	意外身故	意外伤残	意外医疗	住院补贴		
	*索赔金额						
	险别明细	精神疾病住院补贴		丧葬费补贴			
	*索赔金额						
	险别明细	重大疾病	失业补贴	精神疾病肇事肇祸	其他		
	*索赔金额						

兹声明本人所填写的上述资料均为真实情形，没有任何虚假和隐瞒，且已阅读并知晓《反保险欺诈提示》，并同意太平洋安信农业保险股份有限公司向任何单位或个人收集与此次理赔申请有关的资料(包括病历、账单、司法证明资料等)；为处理保险理赔事务，本人同意并授权保险人收集、使用、存储、加工及向保险人关联公司、业务合作伙伴、必要的第三方传输本人相关个人信息，保险人应采取合理的措施保护相关个人信息安全，并要求使用方遵守适用的法律法规和保密义务。

*被保险人(申请人)：　　年　　月　　日

反欺诈提示

诚信是保险合同的基本原则，涉嫌保险欺诈将承担以下责任：

【刑事责任】投保人、被保险人或者受益人进行保险诈骗活动构成犯罪的，可能受拘役、10年以上有期徒刑并处20万以下罚金或没收财产；单位犯保险诈骗罪，单位判处罚金，其直接负责的主管人员和其他直接责任人员可能受拘役、10年以上有期徒刑。保险事故的鉴定人、证明人、财产评估人故意提供虚假的证明文件，为他人诈骗提供条件的，以保险诈骗的共犯论处。

【行政责任】投保人、被保险人或者受益人进行保险诈骗活动，尚不构成犯罪的，可能会受大额罚款、没收违法所得、没收非法财物、15日以下行政拘留等行政处罚，保险事故的鉴定人、评估人、证明人故意提供虚假的证明文件，为他人保险诈骗提供条件的，比照前述人员可能受到相应的行政处罚。

【民事责任】投保人、被保险人或受益人进行保险诈骗活动的，保险公司有权解除保险合同，并不承担赔偿或者给付保险金责任，除法定情形外不退还保险费；保险诈骗活动致使保险公司支付保险金或支出费用，应当退回或者赔偿。

投保单位证明：

*投保单位盖章：　　年　月　日

注：1、有*号的项目为必填项　2、为确保及时收到理赔保险金，请不要提供专卡专用的银行账号或信用卡，如贷记卡、养老金卡、农村户口补贴卡或公积金卡3、索赔金额不作为最终的赔付承诺