**西部志愿者保险理赔指引**

**1.志愿者报案**

当发生保险事故时，请被保险人或其代表人在24小时内拨打全国统一报案电话将保险事故的有关情况通知保险公司。如果大学生志愿者因特殊情况无法在规定的时间内报案，也可以通过编辑短信、传真、电子邮件等多种形式向我司报案，我司将认可事后出具的合法有效的书面说明，并视同为及时报案。

（1）全国报案电话：4008895518；010-50826836

（2）项目专项服务人员联系电话及邮箱：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **职务** | **姓名** | **座机号** | **传真** | **手机号** | **邮箱** |
| 服务专员 | 肖翰林 | 010-50826836 | 010-50826801 | 18501960950 |  xiaohanlin@picclife.cn  |
| 服务专员 | 荣茂 | 010-50826837 | 010-50826801 | 13021985451 |  rongmao@picclife.cn |
| 服务专员 | 王亚华 | 010-50826845 | 010-50826801 | 15210859121 | wangyahua@picclife.cn |
| 服务专员 | 许立卓 | 010-50826844 | 010-50826801 | 18515800625 |  xulizhuo@picclife.cn |
| 服务专员 | 李晓芹 | 010-50826831 | 010-50826801 | 13611166364 |  lixiaoqin01@picclife.cn  |
| 服务专员 | 魏子博 | 010-50826842 | 010-50826801 | 18701385201 | weizibo@picclife.cn |
| 服务专员 | 白戈拉 | 010-50826841 | 010-50826801 | 18811220380 | baigela@picclife.cn  |
| 服务专员 | 郭悦 | 010-50826838 | 010-50826801 | 18515511989 | guoyue01@picclife.cn |

**注：9月份之前发生的事故，可在九月份进行报案，我司视为第一时间报案。**

**2.整理邮寄理赔材料**

（1）事故或者疾病治愈完毕之后，请及时按相关要求准确填写《保险理赔申请书》（请见附件2），并加盖志愿者工作单位和所属项目办（或团委）公章。

（2）被保险人按照“理赔申请资料表”（附件1）准备好全部理赔材料之后，一次性将原件材料邮寄至我司。请选择快递邮寄，不建议平信或挂号信，以避免信件丢失无法查询。

（3）我司在收到索赔材料后，会在第一时间对材料进行审核。为避免不必要的延误和再次邮寄补充材料，请严格按照附件1（理赔申请资料表）对应项将所有索赔材料准备齐全再进行邮寄。

（4）如材料不齐全，项目专项服务人员会通过邮件或电话的方式及时通知被保险人，要求被保险人进行材料补充。同时，对于材料齐全且通过审核的理赔申请会进入我司的赔款支付环节。

 邮寄地址：中国人民人寿保险股份有限公司北京市分公司

 北京市海淀区首体南路38号创景大厦6层互动业务部

 肖翰林（18501960950）收

 邮编：100037

**3.审核签批**

我司在收到被保险人邮寄的理赔材料后，将会于第一时间对理赔申请进行审核、复核。对于符合保险合同约定的，我司将会立即签批理赔。

**4.赔款支付**

原件材料通过复核无误并签批后，将在一个工作日内做赔款划拨。

**附件1：理赔申请资料表：**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **申请项目** | **应备资料编号** | **资 料 内 容** |
| 疾病身故 | 1、2、3、6、7、9、10、11、12 | 1. 理赔申请书（出险经过）

2.银行卡复印件（注明开户行）3.志愿者身份证正反面复印件4.诊断证明5.病理等检查报告6.住院病历、住院费用原始收据、住院医疗费用结算清单及用药明细7.门、急诊病历、处方和门诊医疗费用原始收据1. 意外事故证明

9.死亡证明10.户口注销证明、丧葬证明11.受益人或继承人身份证明12.志愿者与受益人或继承人关系证明13.残疾诊断证明或鉴定书 |
| 意外身故 | 1、2、3、6、7、8、9、10、11、12 |
| 意外伤残 | 1、2、3、4、5、6、7、8、13 |
| 疾病住院医疗 | 1、2、3、4、6、7 |
| 意外住院医疗 | 1、2、3、4、6、7、8 |
| 普通疾病门急诊 | 1、2、3、4、7 |
| 意外医疗门诊 | 1、2、3、4、5、7、8 |
| 重大疾病 | 1、2、3、4、5、6、7 |
| 善后处理 | 实报实销 |
| 医疗送返 | 实报实销 |
| 紧急救援 | 实报实销 |
| 住院津贴 | 1、2、3、4、6、7 |

**注：**以上为申请理赔基本材料，依据事故具体情况可能还需要补充其它材料；不涉及医疗费用的理赔申请无需提交医疗费用原始收据及结算清单，如申请住院津贴，住院费用收据及结算清单可提供复印件。

**附件2：**

**理赔申请书**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保险人姓名 | 张三 | 性 别 | 男 | 出生日期 | 1990-05-21 | 电话 | 186-------- |
| 证件类型 | 身份证 | 证件号码 | 120103199005210321- |
| 申请人姓名 | 张三 | 与被保险人关系 | 本人 | 身份证号 | 若不是被保险人本人请填写 |
| 出险经过及结果 | 填写说明：（1）简述出险经过及结果；（2）如曾住院，请填写住院资料，如医院名称、起始日期等；（3）如在其他公司投保有其他险种，请告知承保公司持有保险合同、给付申请等情况。 |
| XX年XX月XX日下午X时，xx在去上班的路上下雨路滑不小心滑倒，导致小腿外皮擦伤。。。 |
| 共计：就诊次数（ 2 ）次；申报金额（ 1132 ）元；收据（ 3 ）张 |
| 备注 |  |
| 申请人声明与授权：1. 本人授权投保单位向贵公司办理索赔的一切手续（包括理赔款项的领取）；
2. 上述各项填报及本人提供的一切资料，均完全属实，如虚假或隐瞒实情，贵公司有权拒付保险金并依法追究法律责任；
3. 本人授权任何医院及知情的单位和个人均可向中国人民人寿保险股份有限公司提供与本理赔申请有关的一切资料，由此产生的一切法律后果由本人承担。

被保险人签名： 张三 申请日期： 2015年——月——日  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位意见 | 理赔申请意见： 情况属实，同意申请。 **志愿者工作单位：（公章）**日期：2015年——月——日 | 所属项目办（团委）意见 | 理赔申请意见： 情况属实，同意申请。 **所属项目办（团委）：（公章）**日期：2015年——月——日 |

**附件3：**

**保险金继承协议书**

中国人民人寿保险股份有限公司：

我们是贵公司保险单号码：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_项下被保险人\_\_\_\_\_\_\_的身故继承人。

被保险人于\_\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日因（身故原因）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_在（身故地址）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_身故。因其没有指定受益人或指定受益人为法定继承人，故根据相关法律规定，我们所有继承人就以上保单保险金的受领份额等继承事宜自愿达成如下协议：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | **性别** | **身份证号码** | **与被保险****人关系** | **受领****份额%** | **签名并摁手印** |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

**声明：**我们上述继承人承诺以上关系真实，且以上人员系被保险人的所有法定继承人，若因存在上述继承人之外的其他继承人再向贵公司主张以上保险单权利的，我们上述继承人愿意退回已经领取的保险金，并由贵公司重新分配。如因我们上述继承人的原因给贵公司造成经济损失的，我们愿意承担全部法律责任，并赔偿造成的所有经济损失。

所有继承人同意的领款方式为：□ 现金 □ 支票 □ 转账。

如选择转账方式，所有继承人同意采取以下第\_\_\_种方式领取：

1、分别转入各自提供的指定银行账户。

2、共同转入其中一个继承人的指定银行账户：

（户名：\_\_\_\_\_\_\_\_账号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_）。

**志愿者工作单位：（公章） 见证人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**志愿者所属项目办（团委）：（公章） 见证人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 年 月 日