**雇主责任险理赔服务手册**

尊敬的客户：

感谢您选择前海财险，如果您不幸发生保险事故，我们将365天24小时竭诚为您服务，**我们的服务热线是4008-110-110**。

熟悉本手册的内容并在事故发生后按照流程索赔，可以助您在更短的时间内获得赔偿。

本手册的内容包括：

★ 索赔流程及注意事项

* 索赔所需资料
* 索赔文档格式

对于赔偿金额经双方同意的，我们承诺在收到您完整的纸质索赔资料起十日内支付赔款。

如果您对本手册有任何疑问，敬请咨询前海财险财产险部。

新疆前海联合财产保险股份有限公司

附件一 索赔流程及注意事项

新疆前海财产保险股份有限公司

* 向相关当局报告
* 及时前往定点的医院救治
* 保留好相关治疗单证（病历、诊断证明、确诊等）

出险

* 拨打电话向保险公司报案**4008-110-110**
* 准备与事故有关的资料

报案

事故核查

* 协助及配合保险人核查事故原因及承保信息

提交资料

* 提交完整、正式的纸质索赔资料
* 核实保险责任，双方确认赔付金额

支付赔款

* 收到完整纸质资料后10日内支付赔款给被保险人
* 支付赔款后书面通知被保险人查收（含微信、短信、邮件）

**所需索赔资料清单：**

1. 保单复印件、投保单复印件（经纪公司代被保险人向我司投保，投保单原件需经纪盖公章）、被保险人与经纪公司的委托投保的代理协议复印件（原件中被保险人及经纪公司都有签章）；
2. 索赔书（需被保险人签章确认，注意填写出险情况、银行账户信息，被保险人处加盖公章）
3. 赔款确认书（需被保险人签章确认、收益人那要员工患者/受益人签字。）；
4. 员工身份与误工证明：如劳动合同/出险前后2个月的工资发放证明（如转账凭证、工资签收单等）/考勤记录、工作证（卡）复印件、单位证明；
5. 被保险人雇员名单（花名册、全员工资单--已提供全员工资单不需；记名承保不需）；
6. 医院病历、医疗费发票原件、医疗费用清单、检查报告、医嘱单、出入院记录；
7. 死亡证明、户口注销、火化证明（可复印加盖公司公章），工伤证明、伤残鉴定材料等或其他证明（如有）；
8. 出险员工身份证复印件/受益人身份证复印件、户口本；
9. 赔偿协议（签协议时家属与协议的合影,或通知我司人员见证，附家属的受益人公证与授权公证/当地户籍管理机构的证明）；
10. 受益人的赔款收据；
11. 信息采集表（并附上法人身份证与营业执照）--赔款万元以上需要；
12. 其它必要材料。

新疆前海联合财产保险股份有限公司

年 月 日

提示：保险人收取索赔资料并不视为保险人已作出了赔付承诺；保险人可依照保险合同的约定，要求被保险人补充提供有关资料。

保险索赔书（雇主险）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 新疆前海联合财产保险股份有限公司：  本人/本公司正式向贵公司提出下述索赔事宜并提交相关资料，请及时审核并把赔款汇入下面指定的收款账户。  一旦支付下述赔款，贵公司在此事故上的一切责任立即解除，本人/本公司将不再就此事故向贵公司提出任何形式的索赔。    被保险人签章：  日 期： | | | | | | | | |
| 被保险人 |  | | | 保单号码 | |  | | |
| 保险险别 |  | | | 身份证号 | |  | | |
| 出险时间 |  | | | 出险地点 | |  | | |
| 出险原因 |  | | | | | | | |
| 出险及 治疗情况 |  | | | | | | | |
| 索赔金额 |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 开户银行 |  | 银行 |  | | 分行 | |  | 支行 |
| 账户名称 |  | | | | | | | |
| 账 号 |  | | | | | | | |

赔款确认及权益转让书

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保险人 |  | 保险险种 |  |
| 保单号码 |  | 报案号码 |  |
| 出险时间 |  | 出险地点 |  |
| 出险标的 |  | 出险原因 |  |
| 赔款计算过程： | | | |
| 赔付金额 | 小写： （大写：币种+金额） | | |
| 新疆前海联合财产保险股份有限公司:  本人/本公司确认上述赔付金额为此次事故的最终赔款。贵公司一旦支付上述赔款，本人/本公司承诺：  1、将不再就此次事故向贵公司提出任何形式的索赔。  2、如保险事故是因第三方对保险标的损害引起的，在上述赔款范围内将向第三方请求赔偿的权利转让给贵公司，并依法为贵公司代位追偿提供充分的协助。  被保险人/受益人签章：  日 期： | | | |

