

ICS 03.060

CCS A 11

IAC

中国保险行业协会标准

T/IAC 53—2024

人身保险理赔服务规范

Specification of Personal Insurance Claim Settlement Process Service

2024-11-19 发布

2025-02-19 实施

中国保险行业协会发布

目 次

前言	IV
1 范围	1
2 规范性引用文件	1
3 术语和定义	1
4 权利和义务	2
4.1 保险公司权利	2
4.2 保险公司义务	3
4.3 客户权利	3
4.4 客户义务	3
5 理赔服务基本原则	3
5.1 “以客户为中心”原则	3
5.2 依法合规原则	3
5.3 诚实守信原则	3
5.4 高效服务原则	3
6 保险公司管理	3
6.1 制度管理	3
6.2 组织管理	3
7 理赔服务	4
7.1 报案服务	4
7.2 索赔服务	5
7.3 理赔审核	5
7.4 结案支付	6
7.5 理赔档案管理	6
7.6 重大突发事件理赔服务	7
7.7 理赔纠纷多元化解	7
8 服务评价	7
8.1 管理体系	7
8.2 服务便捷性	7
8.3 服务时效性	7
8.4 服务获得感	8

8.5 权益保障性	8
8.6 加分项	8
附录 A（规范性）人身保险理赔申请材料清单	9
附录 B（规范性）理赔时点字段定义清单	11
参考文献	12



前 言

本文件按照GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由中国保险行业协会提出并归口。

本文件起草单位：泰康人寿保险有限责任公司、中国人寿保险股份有限公司、中国平安人寿保险股份有限公司、中国银行保险信息技术管理有限公司、中国太平洋人寿保险股份有限公司、新华人寿保险股份有限公司、太平人寿保险有限公司、友邦人寿保险有限公司、中国人民健康保险股份有限公司、中邮人寿保险股份有限公司、泰康保险集团股份有限公司、泰康养老股份有限公司、泰康在线财产保险股份有限公司、中国再保险(集团)股份有限公司、瑞士再保险股份有限公司北京分公司、慕尼黑再保险公司北京分公司、法国再保险公司北京分公司、美国再保险上海分公司、大童保险销售服务有限公司、明亚保险经纪股份有限公司、中信保诚人寿保险有限公司、大家人寿保险股份有限公司、中华联合财产保险股份有限公司、中荷人寿保险有限公司。

本文件主要起草人：廖明华、马东伟、王文卿、冯二伟、万生锐、高伟、魏若仪、刘静云、张新宇、刘秀萍、崔岩、许宁、鞠松霖、贾颖、高森明、王艺蒙、杨维宽、王维学、田敏、王天玮、林树生、于士哲、蒋良、贾保珊、罗晨琪、戴悦、黎星、冯涛、郝培君、赵若斐、黄天竞、金理、崔群、曹丽、罗剑青、裴彦超、张甜甜、曹颖、李立新、纪揆、文孝平、王江涛、苏雷、郑禹、胡展宏、黄遵益、高剑、刘庆贺、高林林、张玉瑾、梁木盛、陈美、栗成强、宋晓莉、盛玉彦、李为、张东兴、王丹洋、唐伟、刘海雄、姚宏毅、陆坚、王伟、孙毅。

本文件为首次发布。

人身保险理赔服务规范

1 范围

本文件规定了中华人民共和国境内人身保险理赔服务（个人业务）工作的术语和定义、职责和义务、理赔服务流程和服务评价等内容。

本文件适用于保险公司开展人身保险个人业务理赔服务工作使用，人身保险客户申请理赔可参考使用。

2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

GB/T 36687—2018 保险术语

3 术语和定义

GB/T 36687—2018 界定的以及下列术语和定义适用于本文件。

3.1

人身保险 personal insurance

以人的寿命和身体为保险标的的保险。

[来源：GB/T 36687—2018，2.3]

3.2

保险合同 insurance contract

投保人与保险人约定保险权利义务关系的协议。

[来源：GB/T 36687—2018，2.21]

3.3

保险责任 coverage

保险合同中约定的保险人向被保险人提供保险保障的范围。

[来源：GB/T 36687—2018，2.24]

3.4

保单 policy

保险合同成立后，保险人向投保人签发的保险合同的正式书面凭证。

[来源：GB/T 36687—2018，5.3.1]

3.5

保险事故 insured event

保险合同约定的保险责任范围内的事故。

[来源：GB/T 36687-2018，6.1.1.1]

3.6

理赔 claim settlement process

被保险人或受益人提出索赔或给付请求后，保险人搜集索赔材料并对材料进行认定、审核、调查，作出赔付或拒赔决定的过程。

[来源：GB/T 36687-2018，6.4.9]

3.7

报案 claim notification

投保人、被保险人或者受益人将保险事故通知保险人的行为。

[来源：GB/T 36687-2018，6.2.1]

3.8

索赔 claim

保险事故发生后，被保险人或受益人依照保险合同约定向保险人请求赔偿保险金的行为。

[来源：GB/T 36687-2018，6.2.3]

3.9

索赔材料 claim document

投保人、被保险人或受益人向保险人提供的与确认保险事故的性质、原因和损失程度有关的证明和资料。

[来源：GB/T 36687-2018，6.2.6]

3.10

结案 closed claims

保险人对赔案中应承担的义务和应享有的权利执行完毕的状态。

[来源：GB/T 36687-2018，6.5.1.8]

3.11

保险公司 insurance company

经保险监管机构批准设立，并依法登记注册经营保险业务的公司。

[来源：GB/T 36687-2018，11.1.2]

4 权利和义务

4.1 保险公司权利

保险公司在接到被保险人或者受益人的出险通知后，有权依法进行保险事故查勘、病历资料调取等活动。

4.2 保险公司义务

保险公司应遵照法律法规、保险合同约定，客观公正地作出核赔决定，履行保险合同义务。

4.3 客户权利

保险客户具有依照法律法规、保险合同约定，要求保险公司兑现保险金给付等承诺的权利。

4.4 客户义务

客户在理赔处理过程中应按照合同约定及时报案，提供真实、完整的索赔材料。

5 理赔服务基本原则

5.1 “以客户为中心”原则

保险公司应贯彻“以客户为中心”发展理念，遵循诚信为本，客户至上的理赔理念，加强消费者权益保护，切实维护理赔客户正当利益。

5.2 依法合规原则

保险公司应严格按照法律、行政法规的规定履行理赔程序，保护客户个人信息，真实、准确、完整、及时地披露理赔信息。

5.3 诚实守信原则

保险公司应以事实为依据，采取公正的立场，平等对待客户，严格遵循求实原则以判定保险责任归属。

5.4 高效服务原则

保险公司应迅速及时地做出理赔决定，改进工作流程，提高理赔效率，提升理赔客户体验。

6 保险公司管理

6.1 制度管理

6.1.1 保险公司应健全理赔业务处理工作制度，明确理赔业务处理流程、责任分工、处理期限等要求。

6.1.2 保险公司应建立理赔纠纷多元化解、重大突发事件理赔处理、客户信息保护等工作机制。

6.1.3 保险公司应根据经济社会发展、业务类型变化等因素，定期审核和评估现行理赔制度，修订和清理不必要的、不合理的理赔规则和制度。

6.2 组织管理

6.2.1 保险公司应从人力、物力、财力上保证理赔业务处理工作顺利开展。

6.2.2 保险公司应指定高级管理人员或者机构负责人分管本单位保险理赔业务，设立理赔业务管理职能部门和岗位，合理配备专岗理赔人员，专岗理赔人员宜以保险、金融、法律、医学相关专业优先。

6.2.3 保险公司应建立与业务发展相适应、运行有效的理赔业务处理系统，将客户的报案、索赔、审核、查勘、协谈、结案、支付等流程嵌入信息系统，实现系统数据及时流转、对接、校验。

7 理赔服务

7.1 报案服务

7.1.1 服务时间

保险公司应建立7天×24小时服务热线或提供7天×24小时线上渠道报案服务，并在营业网点正常工作时间提供理赔报案受理服务。

7.1.2 服务公示

保险公司应在各服务场所和官方平台公示报案渠道、理赔办理渠道、理赔流程、索赔材料、理赔进度和结论查询渠道、服务时效承诺等信息，并及时更新。

7.1.3 报案信息

保险公司应详细询问出险事故情况，包括被保险人身份信息、事故发生的时间、地点、经过、就诊医院、保险事故造成的出险结果，如身故、伤残、疾病等，对于客户无有效保单、出险事故明确不在保单责任范围的，应及时告知报案内容不在保险公司受理范围。

7.1.4 理赔提醒

保险公司宜对报案未申请理赔的案件进行追踪提醒，回访未申请理赔的原因，提醒客户申请理赔。

7.1.5 科技创新

保险公司宜创新科技应用，开发手机等报案入口，通过大数据、OCR、人脸识别等方式，实现线上识别、采集，为客户提供高效、便捷的报案受理和查询方式。

7.1.6 协助理赔

保险公司宜针对行动不便的客户提供上门协助理赔服务，协助收集索赔材料，指导或代办理赔，提供理赔相关咨询等。保险公司可在被保险人住院并报案后，给被保险人提供温馨慰问、讲解理赔流程和指导准备索赔

材料等服务。

7.2 索赔服务

7.2.1 材料收集

保险公司应严格遵守保险合同的约定收取客户理赔索赔材料，根据申请人身份、申请责任类型收取不同索赔材料，具体可参照附录 A。保险公司不应随意增加证明事项。

7.2.2 材料补充

保险公司认为有关的证明和材料不完整的，应及时一次性通知投保人、被保险人或者受益人补充提供。

7.2.3 材料保管

保险公司应妥善保管记载客户信息的人身保险理赔业务文件，采取有效措施确保客户信息的安全性，防止客户信息泄露。

7.2.4 材料减免

保险公司可根据保险合同约定及自身业务特点，合理减免索赔材料，提升理赔客户体验，包括但不限于如下减免方式：

- a) 合并索赔单证。保险公司可将索赔申请、委托授权、转账授权等内容整合到理赔申请书中，推行“多合一”单证。
- b) 减免索赔单证。保险公司已留存并可查询验证的资料，在风险可控情况下可不再要求客户在索赔时重复提供，包括保单正本、保费收据等。
- c) 减免意外事故证明。对于非公安机关、非政府部门等第三方介入的情况，保险公司在风险可控情况下可不再要求客户提供意外事故证明。
- d) 减免医疗费用原件。对于小额理赔或使用电子发票的案件，保险公司在风险可控情况下可减免医疗发票原件、费用清单原件和社保等第三方报销的结算单原件。小额理赔标准根据《2015年10月中国保监会下发〈保险小额理赔服务指引（试行）〉（2015年10月24日下发）小额理赔定义，若有修改，以最新文件为准。

7.3 理赔审核

7.3.1 审核时效

保险公司在收到被保险人或者受益人的赔偿或者给付保险金的请求后，应在 5 个工作日内作出核定。情形复杂的，应在 30 日内作出核定，但保险合同另有约定的除外。

7.3.2 争议处理

保险公司与投保人、被保险人或者受益人对保险合同条款有争议时，应按照通常理解予以解释，如对保险条款有两种以上解释的，应做出有利于被保险人或受益人的解释。

7.3.3 案件合议

保险公司宜针对重大或疑难理赔案件发起案件合议，必要时可组织协调法律、核保、产品、销售、消费者权益保护等背景人员参与合议。

7.3.4 重疾快赔

对于含有重大疾病保障责任的保险合同，自合同成立（或最后复效）之日起至被保险人首次确诊重大疾病已满 2 年的，保险公司可提供重疾快速理赔服务，解决被保险人资金困难。

7.3.5 数据联动

保险公司可借助互联网、大数据等技术，实现保险公司与公安、医院、医保等外部数据的对接，简化索赔材料，优化理赔流程，提升理赔效率。

7.3.6 案件查勘

保险公司对于需要进行查勘的案件，一方面应审核当事人提供的保险事故材料的真实性，另一方面应收集可以认定保险责任或责任免除的证据，为确定是否给付保险金、给付标准及给付对象提供依据。

7.4 结案支付

保险公司应将核定结果通知被保险人或者受益人：

- a) 对属于保险责任的，在与被保险人或者受益人达成赔偿或者给付保险金的协议后 10 日内，履行赔偿或者给付保险金义务。
- b) 对不属于保险责任的，应自作出核定之日起 3 日内向被保险人或者受益人发出拒绝赔偿或者拒绝给付保险金通知书，并说明理由。
- c) 监管另有规定的，应按要求执行。

7.5 理赔档案管理

保险公司应配备熟悉人身保险业务和档案工作的相关管理人员，妥善保管理赔原始凭证和有关材料。

7.6 重大突发事件理赔服务

重大突发事件，是指与人身保险理赔相关的，突然发生并可能产生严重影响的自然灾害、重大意外事故，以及其他保险监督管理机构认为应当采取应急处理机制的重大事件。

保险公司应建立重大突发事件理赔处理机制，根据突发事件危害程度和影响范围，按不同等级、不同类别的突发事件进行管理，充分评估突发事件对客户的影响，制定科学的应急措施、调度所需资源，及时果断调整保险理赔服务措施，做到早发现、早介入，快速收集信息、简化管理理赔处理流程，在风险可控的前提下提供便捷的理赔服务。

7.7 理赔纠纷多元化解

保险公司应将理赔投诉纳入公司整体投诉业务管理机制：

- a) 应指定高级管理人员作为投诉负责人，畅通理赔投诉通道，建立或指定投诉接待区域，配备录音录像等设备记录并保存理赔投诉接待处理过程，实现理赔投诉处理流程的闭环管理。
- b) 应充分运用属地理赔纠纷调解处理机制，主动应用各种方式，积极、快速、有效地促进理赔纠纷化解。
- c) 在处理理赔投诉过程中，保险公司应预留充分时间给投诉人思考、选择及决策。纠纷化解失败的，可向投诉人建议通过协商、调解、仲裁、诉讼等方式解决纠纷的建议；投诉人同意的，保险公司和投诉人应向调解组织和相关部门提出申请。

8 服务评价

8.1 管理体系

管理体系主要评价保险公司理赔管理体系的健全性，可从管理体系架构、纠纷多元化解机制、信息安全机制、重大突发事件理赔处理机制等方面进行评价。

8.2 服务便捷性

服务便捷性主要评价保险客户从保险公司获得理赔服务的便捷度，可从线下服务能力、线上服务能力、理赔过程透明度、理赔结论透明度等方面进行评价。

8.3 服务时效性

服务时效性主要评价保险公司理赔处理的及时性，可从出险支付时效、索赔支付时效等方面进行评价。具体时间字段的定义可参见附录 B.1：《时间字段定义清单表》。

8.4 服务获得感

服务获得感主要评价客户对保险理赔服务的获得感，可从获赔率、满意度等方面进行评价。

8.5 权益保障性

权益保障性主要评价保险公司对客户的权益保障，可从知情权、自主选择权、公平交易权、财产安全权、依法求偿权、受教育权、受尊重权和信息安全权等方面进行评价。

8.6 加分项

加分项主要评价保险公司理赔服务创新性，可从理赔流程创新、理赔服务创新等方面进行加分。

附录 A
(规范性)
人身保险理赔申请材料清单

A.1 通用材料

人身保险理赔申请材料基本通用材料包含以下内容：

- a) 《理赔申请书》；
- b) 身份证明材料：
 - 1) 被保险人为完全民事行为能力人的，应提供本人的有效身份证明；
 - 2) 被保险人为限制民事行为能力人的，或者无民事行为能力人，应同时提供监护人的有效身份证明；
 - 3) 被保险人未满 16 周岁的，且无法提供身份证，可提供户口簿；
 - 4) 被保险人未满 3 周岁且尚未申报户口的，应提供出生医学证明；
- c) 关系证明材料：
 - 1) 出生医学证明、户口簿、结婚证等可直观体现关系的可作为关系证明；
 - 2) 其他关系证明（民政部门、法院等相关机构出具的有效证明）；
- d) 转账材料：
 - 1) 被保险人或受益人为完全民事行为能力人的，应提供本人的银行卡/存折；
 - 2) 被保险人或受益人为无民事行为能力人的，应提供监护人的银行卡/存折；
 - 3) 被保险人为限制民事行为能力人，应提供本人的银行卡/存折或者监护人的银行卡/存折；
- e) 涉及代办的，代办人应提供有效身份证明和委托授权材料；
- f) 申请时被保险人已经身故，应提交：
 - 1) 死亡证明文件：死亡医学证明、丧葬证明、户口注销证明三选一，如果被保险人为宣告死亡，应提供法院出具的宣告死亡文件；
 - 2) 如未指定受益人，应提交法定继承人身份确认及相关授权领款声明；
 - 3) 相关受益人银行卡，有效身份证明等；

A.2 申请医疗费用赔付材料

人身保险理赔申请医疗费用赔付材料包含以下内容：

- a) 门诊病历/出院小结/疾病诊断证明书；
- b) 费用明细清单；
- c) 发票原件（如有社保报销，应提供社保结算单原件和发票复印件；如有第三方赔付，应提供第三方赔付证明和发票复印件）；
- d) 涉及交通事故且被保险人系机动车驾驶员的，应提供：驾驶证、车辆行驶证和《交通事故责任认定书》。

A.3 申请医疗津贴赔付材料

人身保险理赔申请医疗津贴赔付材料包含以下内容：

- a) 出院小结；
- b) 住院发票复印件；
- c) 出院小结与住院发票上显示的住院天数不一致的，应提交明细清单；

- d) 涉及交通事故，且被保险人系机动车驾驶员的，应提供：驾驶证、车辆行驶证和《交通事故责任认定书》。

A.4 申请轻症/中症/重大疾病赔付和轻症豁免/中症豁免/重疾豁免材料

人身保险理赔申请轻症/中症/重大疾病赔付和轻症豁免/中症豁免/重疾豁免材料包含以下内容：

- a) 用来证明达到合同约定轻症/中症/重大疾病赔付标准和轻症豁免/中症豁免/重疾豁免标准的材料，包括但不限于组织学病理报告、医学检查结果、诊断证明、司法鉴定等；
- b) 轻症/中症/重大疾病/轻症豁免/中症豁免/重疾豁免原因涉及交通事故，且被保险人系机动车驾驶员的，应提供：驾驶证、车辆行驶证和《交通事故责任认定书》。

A.5 申请伤残赔付/伤残豁免材料

人身保险理赔申请伤残赔付/伤残豁免材料包含以下内容：

- a) 用来证明达到合同约定伤残标准的材料，包括但不限于照片、医学检查结果、诊断证明、司法鉴定等；
- b) 伤残原因涉及交通事故，且被保险人系机动车驾驶员的，应提供：驾驶证、车辆行驶证和《交通事故责任认定书》。

A.6 申请身故赔付/身故豁免材料

人身保险理赔申请身故赔付/身故豁免材料包含以下内容：

- a) 被保险人身故前有医院治疗的，建议提供病历材料；
- b) 被保险人系非正常死亡，或者医疗单位不能确定是否属于正常死亡的，应提供公安、司法或行政等部门提供的相关证明；
- c) 身故原因涉及交通事故，且被保险人系机动车驾驶员的，应提供：驾驶证、车辆行驶证和《交通事故责任认定书》。

A.7 特殊场景

特殊情况下，为方便保险公司快速准确判断是否属于保险责任范围，加快理赔速度，提高客户服务体验，宜提供以下材料：

- a) 申请医疗费用或津贴赔付，出院小结无法认定保险责任的，可提供入院记录、医嘱单、体温单等其他病历材料。
- b) 涉及意外，如有政府部门介入处理的，宜提供相应证明（如法院判决、报案证明、工伤认定书、安监证明等）；
- c) 保险事故涉及操作工业、农业等特种车和特种设备的，如叉车、吊车、拖拉机等，宜提供操作资格证；
- d) 涉及高空作业的，宜提供高处作业证；
- e) 涉及门诊检查费用报销的，宜提供对应检查报告；
- f) 涉及轻症/中症/重大疾病/轻症豁免/中症豁免/重疾豁免，宜提供门急诊病历和出院小结；
- g) 除全球高端医疗外，涉及境外文书，宜提供由当地使领馆出具的证明材料及翻译件。

附录 B
(规范性)
理赔时点字段定义清单

表B.1给出了理赔时点字段定义清单。

表B.1 理赔时点字段定义清单

名称	定义
出险时点	保险事故发生的时间。
报案时点	投保人、被保险人或受益人将保险事故通知保险公司的时间。
索赔申请时点	保险事故发生后，被保险人或受益人按照保险合同约定向保险公司请求赔偿保险金的时间，即被保险人或受益人向保险人初次递交索赔申请书等索赔申请材料后，保险公司收到被保险人或受益人递交的索赔申请材料的时间。
一次性告知时点	<p>保险公司按照合同约定，认为有关的证明和资料不完整的，一次性通知投保人、被保险人或受益人补充提供材料的时间（参照《保险法》第22条）。注：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 对于同一赔案有多次索赔申请的，应为第一次履行一次性告知义务时间。 2. 电子一次性告知书根据系统留痕记录。
索赔材料提交（收集）齐全时点	保险公司认为被保险人或受益人提供的索赔证明或资料完整齐全的时间。
理赔核定结果确定时点	保险公司理赔系统标记业务结案的时间。
理赔核定通知时点	保险公司作出核定后，理赔系统向客户发送理赔核定结果的时间。
拒赔通知时点	保险公司收到被保险人或者受益人的赔偿或者给付保险金的请求后，对不属于保险责任的赔案，向被保险人或受益人发出拒绝赔偿或者拒绝给付保险金通知书的时间（参照《保险法》第24条）。
赔款支付指令发出时点	以保险公司向银行或第三方支付平台发出最后一笔赔款支付指令时间为准（不包括理赔费用）。

参 考 文 献

- [1] 《中华人民共和国保险法》
 - [2] 《中华人民共和国保险法》若干问题的解释（一、二、三）
 - [3] 《中华人民共和国消费者权益保护法》
 - [4] 《互联网保险业务监管办法》（中国银行保险监督管理委员会令2020年第13号）
 - [5] 《中国银保监会关于开展银行业保险业市场乱象整治“回头看”工作的通知》（2020年6月27日下发）
 - [6] 《2015年10月中国保监会下发〈保险小额理赔服务指引（试行）〉（2015年10月24日下发）
 - [7] 《人身保险业务档案管理规范》（保监发〔2007〕51号）
 - [8] 《中国保监会关于进一步规范保险理赔服务有关事项的通知》（保监寿险〔2016〕131号）
 - [9] 《银行保险公司消费者权益保护管理办法》（2022年12月26日中国银行保险监督管理委员会令2022年第9号公布 自2023年3月1日起施行）
-