

## 机动车辆保险人伤案件索赔须知

尊敬的客户：

悉知您发生保险事故，泰康在线对您表示慰问！在处理涉及人员伤亡赔偿事宜前，请您仔细阅读本须知内容，确定涉及人员伤亡的赔偿范围和标准。

一、赔偿费用审核标准：

1、**医疗费** 按照国家基本医疗保险以及条款的约定标准审核。

2、**误工费** 根据受害人误工时间和收入状况确定。误工时间需结合伤情、医疗机构出具的证明及相关标准综合核定。

3、**护理费** 根据护理人员的收入状况和护理人数、护理期限确定。护理时间根据受害人伤情、医疗机构出具的护理证明等相关标准综合核定。护理人员原则上为一人，但医疗机构或者鉴定机构有明确意见的，可以参照确定护理人员人数。

4、**交通费** 结合受害人伤情、在保证受害人及时就医或者转院治疗的前提下，根据受害人实际发生的费用计算（有关凭据应当与就医地点、时间、次数相符合）。交通工具以普通公共汽车、地铁、城铁为主。

5、**住院伙食补助费** 参照当地国家机关一般工作人员的出差伙食补助标准予以确定，并根据受害人实际住院天数赔偿。

6、**残疾赔偿金** 根据受害人的伤残等级，按照受诉法院所在地上一年度城镇居民人均可支配收入或者农村居民人均纯收入标准计算。自定残之日起按二十年计算。但六十周岁以上的，年龄每增加一岁减少一年；七十五周岁以上的，按五年计算。

7、**丧葬费** 按照受诉法院所在地上一年度职工月平均工资标准，以六个月总额计算。

8、**死亡赔偿金** 按照受诉法院所在地上一年度城镇居民人均可支配收入或者农村居民人均纯收入标准计算。按二十年计算。但六十周岁以上的，年龄每增加一岁减少一年；七十五周岁以上的，按五年计算。

9、**被扶养人生活费** 根据扶养人丧失劳动能力程度，按照受诉法院所在地上一年度城镇居民消费性支出和农村居民人均年生活消费支出标准计算。被扶养人是指受害人依法应当承担扶养义务的未成年人或者丧失劳动能力又无其他生活来源的成年近亲属。被扶养人为未成年人的，计算至十八岁；被扶养人无劳动能力又无其他生活来源的，计算二十年。但六十周岁以上的，年龄每增加一岁减少一年；七十五周岁以上的，按五年计算。被扶养人还有其他扶养人的，赔偿义务人只赔偿受害人依法应当负担的部分。被扶养人有数人的，年赔偿总额累计不超过上一年度城镇居民人均消费性支出额或者农村居民人均年生活消费支出额。

二、人员伤、亡索赔时，应提供就诊医院治疗及伤者的相关资料。下列所需材料未注明复印件的，均请提供原件；规定可以提供复印件的，复印件须加盖原件留存单位公章。

赔偿内容	人伤索赔需提供资料
基本单证	受害人的有效身份证明
医疗费	诊断证明、门（急）诊病历、住院病历复印件、医疗费专用收据、处方及用药明细、检查治疗明细；根据伤情确需转院治疗的，需提供原就诊医院出具的转院证明。
误工费	就诊医院出具的连续休假证明、由受害人工作单位出具的《误工证明及收入情况证明》、工作单位人事劳资部门出具的包括其他雇员在内且时间为出险前最近三个月的工资表和误工期间的工资发放表并加盖财务章。受害人收入超过国家规定纳税标准的，需提供税务机关出具的与工资发放表相对应月份的完税证明。
护理费	就诊医院出具的护理证明、护理发票、护理协议等实际支出证明。
交通费	正式交通票据凭证。
住院伙食补助费	出院通知书及住院费用清单。
残疾赔偿金	伤残鉴定机构出具的伤残等级鉴定书、受害人户口簿复印件（首页及所在页）
丧葬费	公安机关或抢救医院出具的死亡证明。
死亡赔偿金	公安机关或抢救医院出具的死亡证明、公安机关出具的户籍注销证明、公安机关出具的尸检报告。
被扶养人生活费	被扶养人与扶养人的关系证明（户口簿和户籍所在公安机关出具的证明）、被扶养人身份证明、由劳动能力鉴定委员会或司法鉴定中心出具的无劳动能力的证明和由乡、镇以上的民政部门出具的无生活来源的证明。

三、被保险人（或受委托人）在处理此类案件过程中，可垂询我公司服务热线 95522. 本索赔须知未尽事宜以国家有关法律、法规的规定及双方签订的保险合同为准。

四、未经保险人书面同意，被保险人自行承诺或支付的赔偿金额，需提供交通队的《道路交通事故经济赔偿凭证》或法院的缴款凭证，对于赔偿金额保险人有权重新核定。

五、我司为事故双方提供调解服务，如有需要请与人伤人员联系：

报案号：\_\_\_\_\_ 车牌号：\_\_\_\_\_

保险公司经办人签字：\_\_\_\_\_ 联系电话：\_\_\_\_\_

**被保险人（或受委托人）签字栏：**

**本人确认泰康在线财产保险股份有限公司对于《机动车辆保险人伤案件索赔须知》已尽充分说明和告知义务。本人对须知内容已充分了解。（受委托人办理时需提供被保险人签章的授权委托书和受托人身份证明原件；被保险人为个人的，还需要提供被保险人身份证明原件。）**

被保险人签章（或受委托人）：\_\_\_\_\_ 联系电话：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_年\_\_月\_\_日