

理赔申请书

保险合同号码:														
申请人信息	姓名					性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		国家/地区					
	证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他				证件号码								
	证件有效期至	____年____月____日 / <input type="checkbox"/> 长期				职业								
	移动电话					固定电话			E-mail					
	联系地址	____省/自治区____市____区/县												
	申请人身份	<input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人或其监护人 <input type="checkbox"/> 身故受益人或其监护人 <input type="checkbox"/> 其他												
	是被保险人的	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他												
	是投保人的	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他												
	账户户名					开户银行								
	银行账号													
个人税收居民身份: <input type="checkbox"/> 仅为中国税收居民 <input type="checkbox"/> 仅为非居民 <input type="checkbox"/> 既是中国税收居民又是其他国家(地区)税收居民 如勾选“仅为非居民”或“既是中国税收居民又是其他国家(地区)税收居民”,请填写《个人税收居民身份声明文件》。														
被保险人信息	如申请人与被保险人为同一人,则无需填写本栏。													
	姓名					性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		国家/地区					
	证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他				证件号码								
	证件有效期至	____年____月____日 / <input type="checkbox"/> 长期				职业								
	移动电话					固定电话			E-mail					
出险概况	联系地址	____省/自治区____市____区/县												
	时间					地点			原因	<input type="checkbox"/> 意外 <input type="checkbox"/> 疾病				
	治疗医院					就诊科室			目前情况					
申请信息	事故经过													
	申请类别	<input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 残疾 <input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 特定疾病 <input type="checkbox"/> 医疗 <input type="checkbox"/> 保费豁免 <input type="checkbox"/> 其他												
如在其他保险公司投保或理赔,请告知参保公司: _____														
委托授权	现申请人____委托____(证件类型:____证件号码:____ 联系电话:____)前往贵公司办理有关理赔事宜。理赔事宜包括: <input type="checkbox"/> 办理理赔申请 <input type="checkbox"/> 签订理赔协议 <input type="checkbox"/> 受领退回的申请材料 <input type="checkbox"/> 受领理赔决定通知 <input type="checkbox"/> 其他:_____													
	与委托人关系: <input type="checkbox"/> 业务人员 <input type="checkbox"/> 亲属 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 其他:_____													
	授权期间: 自____年____月____日至____年____月____日													
反保险欺诈提示 诚信是保险合同基本原则,涉嫌保险欺诈将承担以下责任: 【刑事责任】 进行保险诈骗犯罪活动,可能会受到拘役、有期徒刑,并处罚金或者没收财产的刑事处罚。保险事故的鉴定人、证明人故意提供虚假的证明文件,为他人诈骗提供条件的,以保险诈骗罪的共犯论处。 【行政责任】 进行保险诈骗活动,尚不构成犯罪的,可能会受到15日以下拘留、5000元以下罚款的行政处罚;保险事故的鉴定人、证明人故意提供虚假的证明文件,为他人诈骗提供条件的,也会受到相应的行政处罚。 【民事责任】 故意或因重大过失未履行如实告知义务,保险公司可能不承担赔偿或给付保险金的责任。														
声明与授权 1. 本人声明以上陈述均属实,并无虚假及重大遗漏,且已阅读并知晓《反保险欺诈提示》。 2. 本人同意并授权贵公司就有关保险事宜向任何个人、组织机构或相关单位查询理赔申请相关的资料或索取其他有关证明文件,同意并授权凡知道或拥有任何有关健康及其他情况的任何医生、医院、保险公司、其他相关机构或人士,均可将有关资料提供给贵公司,此授权书的影印本与本件具有同等效力。 3. 本人同意贵公司将理赔金转入理赔申请书填写的银行账户。本人声明上述银行账户确为申请人本人账户,开户银行名称、户名和账号均真实有效,本人自愿承担因提供错误的账户信息导致转账失败产生的责任。 4. 本人授权同意贵公司将有关的资料用于保险、再保险、外包业务处理及统计事宜。														
申请人签名: _____ 受托人签名: _____ 年____月____日														

理赔申请须知

尊敬的客户：

感谢您对我公司的支持。为方便快捷地完成理赔申请，请仔细阅读以下内容：

一、申请应备资料

以下资料为基本资料，由于保险事故具体情况不同，我公司可能还需您提供与本次理赔相关的其他资料，如有需要，我公司工作人员会及时与您取得联系。

申请类型	申请资料名称	
疾病身故	1、2、3、4、5、6、8、11	1、理赔申请书 2、保险合同 3、被保险人身份证明 4、申请人身份证明、银行账户复印件 5、理赔授权委托书、受托人身份证明（仅适用于代办） 6、诊断证明、门急诊病历、住院病历 7、门急诊及住院费用原始收据、费用明细清单、第三方报销证明 8、病理及各项检查检验报告 9、伤残鉴定书 10、意外事故证明 11、死亡证明书、户籍注销证明、遗体处理证明
意外身故	1、2、3、4、5、6、8、10、11	
疾病残疾	1、2、3、4、5、6、8、9	
意外残疾	1、2、3、4、5、6、8、9、10	
重大疾病	1、2、3、4、5、6、8、10	
特定疾病	1、2、3、4、5、6、8、10	
疾病医疗	1、2、3、4、5、6、7、8	
意外医疗	1、2、3、4、5、6、7、8、10	
保费豁免	1、2、3、4、5、6、8、9、10、11	

二、填写说明

- 1、理赔申请书需由受益人亲笔签字确认。当受益人为多人且均领取保险金时，所有受益人需分别填写理赔申请书。当受益人为多人但授权一人领取保险金时，领取人需填写理赔申请书，同时提交理赔授权委托书。
- 2、同一保险事故涉及多份保险合同且多份保险合同中的受益人相同时，可只填写一份理赔申请书，若受益人不同，则需分别填写理赔申请书。
- 3、除提供有效身份证明外，当申请人为被保险人法定继承人时，需提供具有合法继承权的相关证明文件。当申请人为无民事行为能力或限制民事行为能力人时，需提供非完全民事行为能力人的相关证明，并提供监护人的身份证明以及监护关系证明。
- 4、意外事故证明原则上由有权机关认定并出具，例如交通事故责任认定书、治安事故证明等。

三、理赔咨询

如需咨询理赔事宜，请拨打我公司全国统一客服电话 4008-008-008，我公司将竭诚为您服务。