

理赔申请书

保险合同号码：				服务人员姓名及代码：			
申请人信息	姓名			性别		国家/地区	职业
	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		<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			
	移动电话			固定电话		E-mail	
	联系地址	省/直辖市 市 区/县 (填写到门牌号)					
	申请人身份	<input type="checkbox"/> 被保险人本人 <input type="checkbox"/> 被保险人的监护人 <input type="checkbox"/> 身故受益人 <input type="checkbox"/> 身故受益人的监护人 <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	
被保险人信息	如申请人与被保险人为同一人（被保险人本人），则无需填写本栏。				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	
	姓名			性别		国家/地区	职业
	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		<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			
	移动电话			固定电话		E-mail	
	联系地址	省/直辖市 市 区/县 (填写到门牌号)					
出险概况	出险时间	____年__月__日__时		被保险人现状		出险原因	<input type="checkbox"/> 意外 <input type="checkbox"/> 疾病
	出险经过	出险地址： 国家/地区 省/直辖市 市 区/县 (填写详细地址信息)					
		详细经过：(如：事故发生的时间、地点、经过、就诊医院、若涉及多家医院均须填写，事故造成的出险结果，如身故、伤残、疾病诊断等。)					
申请信息	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					
	如被保险人在其他保险公司投保或理赔，请告知参保公司：						
	如被保险人已获得第三方报销(赔偿)，请告知给付机构：						
反保险欺诈提示： 最大诚信是保险合同基本原则，保险欺诈将承担以下责任： 【刑事责任】 进行保险诈骗犯罪行为，将会受到最高十年以上有期徒刑，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（详见《刑法》第198条）。 【行政责任】 进行保险诈骗活动，尚不构成犯罪的，将会受到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，也会受到相应行政处罚（详见全国人大常委会《关于惩治破坏金融秩序犯罪的决定》第16、21条）。 【民事责任】 故意或因重大过失未如实告知义务，或者投保人、被保险人故意制造保险事故的，保险公司不承担赔偿或给付保险金的责任；以伪造、变造的有关证明、资料或者其他证据，编造虚假的事故原因或者夸大损失程度的，保险公司对其虚报的部分不承担赔偿或给付保险金的责任（详见《保险法》第16、27条）。							
信息共享声明及授权： 请您登录我公司官网 https://www.dingchenglife.com.cn/c/2022-09-08/487324.html 仔细阅读并选择是否同意《用户信息授权及个人信息保护政策》。 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意							
声明与授权： 1、本人声明申请书上所填写的内容和随附理赔材料均完全属实，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、诊所、体检机构、保险公司、工作单位、其他有关知悉或留存被保险人信息的单位或人士，均可通过调阅、摘抄、复印或其他方式将有关资料提供给贵公司，以及鼎诚人寿委托提供相关服务的合作方（包括并不限于提供调查服务、技术服务、信息服务等服务的合作方及其合作的第三方服务机构），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。 5、本人同意在法律允许的范围内，将本人的保单信息、理赔信息，贵公司根据本保险合同之需要而查询和收集的相关信息以及履行本保险合同可能涉及的医疗信息提供给中国银行保险信息技术管理有限公司（简称“中国银保信”），进行信息管理及合理利用。 本人授权同意上述信息可在贵公司及其他保险公司为本人提供服务时，通过中国银保信平台查询、收集与其提供服务相关的必要信息。同时本人亦授权上述公司在依据行业监管及为实现服务目的之需要而与其他机构进行必要合作的前提下对上述信息进行合理使用及信息共享（包括但不限于：因保险监督管理及风险控制之需要而进行的行业内信息共享；因信息数据使用、存储、下载之需要而与第三方合作机构进行的数据互通；为提高保险服务水平之需要而与医疗卫生和健康管理机构进行的诊疗信息和健康记录的查询和共享；为公共服务之需要与其他政府机构、监管部门、司法机关及第三方信息信用平台进行的信息共享等）。							
申请人签名：				申请日期： 年 月 日			

【受益人(继承人)为多人时，请一并填写理赔申请书反(背)面信息，委托人须填写对申请人(受托人)的授权事项】

【如个人税收居民身份为仅为中国税收居民以外的选项，请单独填写《个人税收居民身份声明文件》】

受理人签名：

案件号：

受理日期：

年 月 日

理赔授权委托书信息									
委托人①	姓名		性别		国家/地区		职业		
	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		<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					
	移动电话			固定电话		E-mail			
	联系地址	省/直辖市 市 区/县 (填写到门牌号)							
	申请人身份	<input type="checkbox"/> 被保险人本人 <input type="checkbox"/> 被保险人的监护人 <input type="checkbox"/> 身故受益人 <input type="checkbox"/> 身故受益人的监护人 <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			
委托人②	姓名		性别		国家/地区		职业		
	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		<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					
	移动电话			固定电话		E-mail			
	联系地址	省/直辖市 市 区/县 (填写到门牌号)							
	申请人身份	<input type="checkbox"/> 被保险人本人 <input type="checkbox"/> 被保险人的监护人 <input type="checkbox"/> 身故受益人 <input type="checkbox"/> 身故受益人的监护人 <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			
委托人③	姓名		性别		国家/地区		职业		
	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		<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					
	移动电话			固定电话		E-mail			
	联系地址	省/直辖市 市 区/县 (填写到门牌号)							
	申请人身份	<input type="checkbox"/> 被保险人本人 <input type="checkbox"/> 被保险人的监护人 <input type="checkbox"/> 身故受益人 <input type="checkbox"/> 身故受益人的监护人 <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			
委托人④	姓名		性别		国家/地区		职业		
	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		<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					
	移动电话			固定电话		E-mail			
	联系地址	省/直辖市 市 区/县 (填写到门牌号)							
	申请人身份	<input type="checkbox"/> 被保险人本人 <input type="checkbox"/> 被保险人的监护人 <input type="checkbox"/> 身故受益人 <input type="checkbox"/> 身故受益人的监护人 <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			
理赔委托授权事项									
<div><div>①办理理赔申请</div><div>②签署信息共享声明及授权</div><div>③签署理赔协议</div><div>④受领各类理赔通知</div><div>⑤受领退回的申请材料</div><div>⑥其他事项_____</div><div>⑦受领保险金</div></div> <div><div><input type="checkbox"/>是<input type="checkbox"/>否</div><div><input type="checkbox"/>是<input type="checkbox"/>否</div><div><input type="checkbox"/>是<input type="checkbox"/>否</div><div><input type="checkbox"/>是<input type="checkbox"/>否</div><div><input type="checkbox"/>是<input type="checkbox"/>否</div><div><input type="checkbox"/>是<input type="checkbox"/>否</div><div><input type="checkbox"/>是<input type="checkbox"/>否</div></div> <div>账户户名：_____ 银行账户：_____</div> <div>开户银行：_____ 银行_____ 省/市_____ 区/县_____ 支行_____</div>									
委托声明：(注：若委托人超过四人或委托事项不一致，请另行填写《理赔授权委托书》)									
上述所有身故受益人(继承人)协商一致，共同授权申请人(姓名)_____ (证件号码：)_____ 作为受益人(继承人)代表。并授权完成理赔申请、声明、协议签署、保险金受领等事宜。(为保证您的权益，左侧各项委托事项请务必勾选“是”或“否”之一)									
一、本人承诺提供本人银行卡(折)复印件并将相应信息填入本委托书；二、本人承诺受托人办理授权范围内的理赔事宜时，同时提交本人及受托人身份证件原件，否则保险公司有权拒绝受理理赔申请；三、本人承诺受托人就以上保险合同办理委托事项，凡由本委托书引发的任何法律或经济纠纷由本人承担。									
委托人①：_____ 委托人②：_____ 委托人③：_____ 委托人④：_____ 申请人(受托人)：_____									
授权期间自_____年__月__日至_____年__月__日 签字日期：_____年__月__日									

【受益人(继承人)为多人时，请一并填写理赔申请书反(背)面信息，委托人须填写对申请人(受托人)的授权事项】
【如个人税收居民身份为仅为中国税收居民以外的选项，请单独填写《个人税收居民身份声明文件》】