

理赔申请书 (山东版)

事故者信息	姓名		证件类型		证件有效期至	_____年__月__日	
	性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年龄		证件号码		
	国籍		职业		联系电话		
	工作单位/就读学校/住所/经常居住地						
	事故者与投保人关系： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他_____						
申请人信息 (如申请人与事故者为同一人, 红色框内信息可不填写。)	姓名		证件类型		证件有效期至	_____年__月__日	
	性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年龄		证件号码		
	国籍		职业		联系电话		
	工作单位/就读学校/住所/经常居住地						
	邮编		联系地址	_____省/直辖市_____市_____区/县_____			
	申请人身份	<input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 指定受益人 <input type="checkbox"/> 继承人 <input type="checkbox"/> 受益人/继承人的监护人 <input type="checkbox"/> 其他_____					
	受益人与投保人关系： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他_____						
领款信息	领款方式	<input type="checkbox"/> 转账 <input type="checkbox"/> 网银支付		户名			
	开户银行			账号			
出险概况	出险时间	_____年__月__日	出险原因	<input type="checkbox"/> 意外 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 其他_____			
	保单号码			意外事故地点	_____省/直辖市_____市_____区/县_____		
	疾病就医过程/意外事故经过						
	事故者现状	<input type="checkbox"/> 痊愈 <input type="checkbox"/> 门诊治疗中 <input type="checkbox"/> 住院治疗中 <input type="checkbox"/> 治疗结束 <input type="checkbox"/> 残疾 <input type="checkbox"/> 身故(身故日: _____年__月__日)					
其他保险情况		是否参保	参保地/公司名称	索赔经历	索赔事由和结果		
	社保/农合	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
	保险公司	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
理赔委托授权声明	本人现委托_____先生/女士作为我的受托人前往贵公司办理有关理赔申请事宜, 并同意其代理权限如下(为保证您的权益, 请在下面的 <input type="checkbox"/> 内对授权事项打√, 对未授权事项打×): <input type="checkbox"/> 办理理赔申请及受领退回的申请材料 <input type="checkbox"/> 受领理赔决定通知书 <input type="checkbox"/> 受领续期核保决定通知书 <input type="checkbox"/> 签订理赔协议 授权期间自_____年__月__日至_____年__月__日。						
	受托人信息	姓名		性别		证件类型	
		国籍		职业		联系电话	
		工作单位/就读学校/住所/经常居住地					
	与委托人关系		<input type="checkbox"/> 业务员 <input type="checkbox"/> 续期收费员 <input type="checkbox"/> 亲戚 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 其他: _____				
委托人签名: _____			受托人签名: _____				
公司告知事项	身故保险金受益人的几种情况: 1、保险合同已约定的指定受益人; 2、受益人约定为“法定”或者“法定继承人”的, 以继承法规定的法定继承人为受益人; 3、若受益人或法定继承人系无民事行为能力、限制民事行为能力者, 为其法定监护人。						
反保险欺诈提示书	反保险欺诈提示: 请您与我们一同杜绝以下骗取保险金的行为: 1. 故意虚构保险标的; 2. 对发生的保险事故编造虚假的原因或者夸大损失的程度; 3. 编造未曾发生的保险事故; 4. 故意造成财产损失的保险事故; 5. 故意造成被保险人死亡、伤残或者疾病的。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; 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; 保险公司不承担赔偿或给付保险金的责任。保险事故的鉴定人、证明人、财产评估人故意提供虚假的证明文件, 为他人诈骗提供条件的, 将会受到相应的刑事或行政处罚。						

其他声明与资料调阅授权书

- 1、本人声明以上内容均为事实, 并无虚假及重大遗漏, 且已阅读并知晓《反保险欺诈提示书》。
- 2、本人同意合众人寿保险股份有限公司将理赔金转入“理赔申请书”所提供的银行账户中。本人声明上述银行账户确为申请人的账户, 开户行名称、户名和账号均真实有效。本人同意承担因银行账户信息提供错误而导致的法律和经济责任。
- 3、本人同意合众人寿保险股份有限公司向医疗机构及其他单位和个人调阅、摘抄、复印与理赔申请有关的所有资料。本人愿意承担由此产生的一切法律责任。本授权之影印件亦属有效。

(若团体客户)投保单位签章:

申请人:

日期: _____年__月__日