

## 理赔申请书

<b>事故者信息</b>	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						
	被保险人与投保人关系： <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_____						
<b>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。)</b>	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_____	受益人与被保险人关系： <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_____					
<b>领款信息</b>	领款方式	<input type="checkbox"/> 转账 <input type="checkbox"/> 网银支付		户名			
	开户银行			账号			
<b>出险概况</b>	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)					
<b>其他保险情况</b>		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			
<b>理赔委托授权声明</b>	本人现委托_____先生/女士作为我的受托人前往贵公司办理所有有关理赔申请事宜。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	
	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: _____				
<p>领取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。</p> <p style="text-align: center;"><b>反保险欺诈提示</b></p> <p>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。</p> <p>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。</p>							
<b>其他声明与资料调阅授权书</b>							
<p>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《保险欺诈风险提示书》。本人确保所填写的投保人与被保险人、被保险人与受益人及投保人与受益人关系真实准确。</p> <p>2. 本人同意合众人寿保险股份有限公司(简称“合众人寿”)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本人的账户, 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。</p> <p>3. 本人同意并授权贵司从任何医疗机构、保险公司、公安机关等任何组织单位、个人, 调阅、查询、摘抄、复印与承保、保全、理赔、医疗等有关的所有资料及信息。本人愿意承担由此产生的一切法律责任。本授权之电子版影印件亦属有效。</p>							
(若团体客户) 投保单位签章:			申请人:				
			日期: _____年__月__日				

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《保险欺诈风险提示书》。本人确保所填写的投保人与被保险人、被保险人与受益人及投保人与受益人关系真实准确。
2. 本人同意合众人寿保险股份有限公司(简称“合众人寿”)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本人的账户, 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. 本人同意并授权贵司从任何医疗机构、保险公司、公安机关等任何组织单位、个人, 调阅、查询、摘抄、复印与承保、保全、理赔、医疗等有关的所有资料及信息。本人愿意承担由此产生的一切法律责任。本授权之电子版影印件亦属有效。

(若团体客户) 投保单位签章:

申请人:

日期: \_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日