

理赔申请书

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								
	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 _____								
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 _____ <input type="checkbox"/> 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 _____ <input type="checkbox"/> 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 _____							
	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	年龄	证件类型			证件有效期至	_____ 年 _____ 月 _____ 日
		国籍	职业	联系电话			证件号码		
	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:						

公司告知项

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。

反保险欺诈提示

诚信是保险合同基本原则, 根据《中华人民共和国刑法》、《中华人民共和国保险法》、《中华人民共和国治安管理处罚法》等相关法律法规, 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。

其他声明与资料调阅授权书

- 本人声明以上内容为本人亲笔填写且内容详尽事实, 并无虚假及重大遗漏, 且已阅读并知晓《反保险欺诈提示》。
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。
- 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。
- 本人同意并授权贵公司从任何医疗机构、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