

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_____										
	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：_____					
<p align="center">公司告知项</p> <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 align="center">反保险欺诈提示</p> <p>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：</p> <p>【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。</p> <p>【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。</p> <p>【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。</p>												

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