

理赔申请书（江苏版）

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							
	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	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									
领款方式	<input type="checkbox"/> 转账 <input type="checkbox"/> 网银支付	开户银行			户名			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			出险地点	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>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;">反保险欺诈提示</p> <p>诚信是保险合同基本原则，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> <p style="text-align: center;">其他声明与资料调阅授权书</p> <p>1、以上内容为本人亲笔填写且内容详尽确实。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。且本人已阅读并知晓《反保险欺诈提示》。</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> <p>(若团体客户) 投保单位签章：_____ 申请人：_____ 日期：_____年_____月_____日</p>											