

理赔申请书（江苏版）

事故者信息	姓名			出生日期			证件有效期至	年 月 日		
	性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	证件类型			证件号码			国籍	职业
	联系电话				工作单位地址/住所地/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			出生日期			证件有效期至	年 月 日		
	性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	证件类型			证件号码			国籍	职业
	联系电话				工作单位地址/住所地/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"/> 指定受益人 <input type="checkbox"/> 法定继承人 <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_____				
	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	联系电话		证件类型		证件有效期至		_____年_____月_____日	
			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：_____					

反保险欺诈提示

诚信是保险合同基本原则，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

- 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》。
- 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及贵司的业务合作方，可以通过医疗机构、其他保险公司、公安机关及知悉本人信息的其他机构、个人，调阅、查询、摘抄、复印与本人有关的承保、保全、理赔、医疗等信息。贵司及贵司的业务合作方应严格履行保密义务，本人确认授权之电子版影印件亦属有效。
- 4、本人同意贵司向中国保险信息技术管理有限责任公司（简称“中国信保”）报送本人的全部保单信息和理赔信息，并通过医疗机构、中国信保及知悉本人信息的其他机构查询与本人有关的承保、理赔、医疗等信息。中国信保基于为本人或保险公司提供服务的需要对上述信息进行必要的使用及与相关机构进行信息共享，但均应严格履行保密义务。

（若团体客户）投保单位签章：

申请人：

日期：_____年_____月_____日