中华保险 CHINA INSURANCE 人寿保险

理赔申请书

(身故责任)

NO:GW000000002370

被保险人信息	姓名		性别	口男 口女	国籍		联系电话	
	证件类型	口身份证 口其他_____		证件有效期	年 月 日起至 年 月 日止/长期			
	证件号码							
	职业		是投保人的：口本人 口父亲 口母亲 口配偶 口子女 口其他_____					
	联系地址	_____省_____市_____区/县_____街道_____门牌号						
索赔信息	保单号:							
	申请类型:	口伤残 口重大疾病 口豁免 口医疗（门诊、住院） 口津贴 口其他_____						
	本次申请目的	口获取保险金 口其他_____						
	是否在社保、农合报销 口是 口否		是否在其他保险公司投保 口否 口是_____					
	是否已获取其他途径报销 口否 口是_____			需要分割单 口是 口否				
出险概况	出险原因：口意外 口疾病	出险时间： 年 月 日		出险地点：_____省_____市_____区/县_____				
	疾病发生经过/意外事故经过：							

委托授权书

受托人	姓名		性别	口男 口女	国籍		手机	
	证件类型	口身份证 口其他_____		证件有效期	年 月 日起至 年 月 日止/长期			
	证件号码							
	联系地址	_____省_____市_____区/县_____街道_____门牌号						
	受托人类型	口内勤 口业务员_____（代码） 口其他_____						

本人为申请人，现委托上述受托人作为我本次理赔申请的代理人并同意其代理权限为（打“√”事项）：

口递交理赔申请资料并受领退回的理赔资料 口受领理赔决定通知书 口受领理赔二核决定通知书

口签订理赔协议 口其他_____

说明：签署本授权时，应同时提供委托人及受托人身份证明文件原件及复印件或影印件。

委托人签名：_____ 受托人签名：_____

签署日期：20 年 月 日 签署日期：20 年 月 日

申请人信息（所有身故受益人/继承人均作为申请人填写）

申请人姓名：				性别：口男 口女				身份类型：口指定受益人 口法定继承人 口受益人的监护人											
国籍		职业：			联系电话：							受益份额（仅受益人/继承人填写）：____%							
证件类型		证件有效期		年 月 日起至 年 月 日止/长期															
证件号码																			
联系地址	_____省_____市_____区/县_____街道_____门牌号																		
是被保险人的：口本人 口父亲 口配偶 口子女 口其他_____											是投保人的：口本人 口父亲 口配偶 口子女 口其他_____								
税收居民身份类型（详见填写指南）:口仅为中国税收居民 口仅为非居民 口既是中国税收居民又是其他国家（地区）税收居民																			
保险金领取方式：口银行代付 口网银转账 口授权代领（授权申请人之一代为领取时不需要填写银行信息）																			
银行户名：				开户银行：								银行账号：							
开户银行地址：_____省_____市_____网点																			

申请人姓名：				性别：口男 口女				身份类型：口指定受益人 口法定继承人 口受益人的监护人											
国籍		职业：			联系电话：							受益份额（仅受益人/继承人填写）：____%							
证件类型		证件有效期		年 月 日起至 年 月 日止/长期															
证件号码																			
联系地址	_____省_____市_____区/县_____街道_____门牌号																		
是被保险人的：口本人 口父亲 口配偶 口子女 口其他_____											是投保人的：口本人 口父亲 口配偶 口子女 口其他_____								
税收居民身份类型（详见填写指南）:口仅为中国税收居民 口仅为非居民 口既是中国税收居民又是其他国家（地区）税收居民																			
保险金领取方式：口银行代付 口网银转账 口授权代领（授权申请人之一代为领取时不需要填写银行信息）																			
银行户名：				开户银行：								银行账号：							
开户银行地址：_____省_____市_____网点																			

申请人姓名：				性别：口男 口女				身份类型：口指定受益人 口法定继承人 口受益人的监护人											
国籍		职业：			联系电话：							受益份额（仅受益人/继承人填写）：____%							
证件类型		证件有效期		年 月 日起至 年 月 日止/长期															
证件号码																			
联系地址	_____省_____市_____区/县_____街道_____门牌号																		
是被保险人的：口本人 口父亲 口配偶 口子女 口其他_____											是投保人的：口本人 口父亲 口配偶 口子女 口其他_____								
税收居民身份类型（详见填写指南）:口仅为中国税收居民 口仅为非居民 口既是中国税收居民又是其他国家（地区）税收居民																			
保险金领取方式：口银行代付 口网银转账 口授权代领（授权申请人之一代为领取时不需要填写银行信息）																			
银行户名：				开户银行：								银行账号：							
开户银行地址：_____省_____市_____网点																			

申请人姓名：				性别：口男 口女				身份类型：口指定受益人 口法定继承人 口受益人的监护人											
国籍		职业：			联系电话：							受益份额（仅受益人/继承人填写）：____%							
证件类型		证件有效期		年 月 日起至 年 月 日止/长期															
证件号码																			
联系地址	_____省_____市_____区/县_____街道_____门牌号																		
是被保险人的：口本人 口父亲 口配偶 口子女 口其他_____											是投保人的：口本人 口父亲 口配偶 口子女 口其他_____								
税收居民身份类型（详见填写指南）:口仅为中国税收居民 口仅为非居民 口既是中国税收居民又是其他国家（地区）税收居民																			
保险金领取方式：口银行代付 口网银转账 口授权代领（授权申请人之一代为领取时不需要填写银行信息）																			
银行户名：				开户银行：								银行账号：							
开户银行地址：_____省_____市_____网点																			

《理赔申请书（身故责任）》填写指南

为确保您的正当权益,在填写《理赔申请书(身故责任)》前请您仔细阅读以下内容:

一、哪些人有权填写《理赔申请书(身故责任)》并提交理赔申请?

1、保单指定身故受益人的:由保单指定身故受益人填写并申请

2、保单未指定身故受益人的,依照相关法律法规,保险金作为被保险人的遗产,由被保险人的法定继承人作为身故保险金受益人填写《理赔申请书(身故责任)》并提交理赔申请

3、若同一顺位存在多个受益人则每位受益人均需填写《理赔申请书(身故责任)》并提交理赔申请。对于授权他人或其中一人代为领取保险金时需填写《法定继承人领取保险金转账授权书》。

注:上述受益人未成年或不具备完全民事行为能力的,可由受益人的监护人代为申请及领取保险金,无需填写《法定继承人领取保险金转账授权书》

二、税收居民身份类型填写说明(须申请人勾选)

1、如在选项中勾选第2项或第3项,须另填写《个人税收居民身份声明文件》,声明文件可向我公司客服人员。

2、其他国家(地区)税收居民身份认定规则及纳税人识别号相关信息请参见国家税务总局网站(htup://w. hinatak.gov.cn/ aeoiindexhtm1)。

理赔申请时应准备的资料：

申请项目	应备资料代码	资料内容
门诊医疗-因意外	2、3、5、8、9、12	1、保险合同 2、理赔申请书 3、被保险人身份证明 4、受益人身份证明、与被保险人的关系证明;保险金作为被保险人的遗产时,需提供法定继承人身份证明以及合法继承权的相关文件 5、门(急)诊病历及相关资料(如处方、诊断证明书等) 6、住院病历、诊断证明书和出院小结 7、重大疾病确诊所需的必要病理、血液、影像等检查报告 8、医疗费用收据或分割单原件以及费用清单 9、意外事故证明(如工伤、交通事故证明等,有公安机关等第三方介入的情况下需要提供) 10、鉴定机构(法医)鉴定书或医院残疾鉴定证明 11、死亡证明 12、领款人存折或银行卡复印件
门诊医疗-因疾病	2、3、5、8、12	
住院医疗-因意外	2、3、5、8、9、12	
住院医疗-因疾病	2、3、5、8、12	
重大医疗-因意外	1、2、3、5、6、7、9、12	
重大医疗-因疾病	1、2、3、5、6、7、12	
身故-因意外	1、2、3、4、5、6、9、11、12	
身故-因疾病	1、2、3、4、5、6、11、12	
残疾（含全残）-因意外	1、2、3、5、6、9、10、12	
残疾（含全残）-因疾病	1、2、3、5、6、10、12	
猝死	1、2、3、4、5、6、11、12	

反保险欺诈提示

尊敬的客户：

诚信是保险合同的基本原则,若违反诚信原则涉嫌保险欺诈,依据《中华人民共和国刑法》和《中华人民共和国保险法》等相关法律法规规定,构成犯罪的可能会受到拘役、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、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,以保险诈骗的共犯论处;进行保险欺诈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;同时,对于故意或因重大过失未履行如实告知义务,足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的,保险公司有权解除保险合同,并有可能对合同解除前发生的保险事故不承担赔偿或给付保险金的责任且不退还已交保费。

声明与授权

1、本人承诺提交的理赔申请资料完整、真实、有效,并无虚假及重大遗漏,承诺本理赔申请书填写的内容完全属实,并授权中华联合人寿保险股份有限公司(以下简称“贵公司”)可选择任意联系方式向本人发送各类通知并保留相关录音、回执或电子文档;若因本人申请书信息填写错误导致贵公司无法及时、准确给付保险金或送达各类通知书,产生的不利后果由本人承担,贵公司不承担责任。

2、本人同意并授权贵公司和贵公司因服务必要而委托的第三方合作机构,基于为本人提供理赔服务的目的,向医疗机构、体检机构、公安机关、保险公司、第三方合作机构(包括但不限于提供调查服务/技术服务的第三方合作机构、医疗健康管理公司、医疗健康科技服务公司)及其它有关单位和个人索取、查询调阅、摘抄、复印或通过其他方式获取本人以及被保险人相关的资料以及信息。贵公司及贵公司委托的合作机构对上述资料和信息承担保密义务,并按照不低于监管部门要求的标准进行保存。

3、本人同意贵公司因保险监督管理和风险控制、理赔服务的需要,在法律法规允许的范围内有权将本人及被保险人的理赔信息、医疗信息、查询和收集到的理赔相关信息提供给监管部门、中国银行保险信息技术管理有限公司、政府机构、司法机关及第三方合作机构,进行信息管理以及合理利用。

4、本声明和授权之影印件、传真件、扫描件和原件具有同等效力,本人及被保险人对此均无异议。上述信息授权期限与贵公司提供的保险服务期限一致。

请所有申请人在如下填写栏内亲笔签字/按手印,承诺上述信息及授权均如实填写,未遗漏其他受益人/继承人,为本人真实意愿,如所填写信息与实际情况不符,自愿自行处理并承担所有法律责任。

申请人1签名：　　签署日期：　年　月　日