



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 / <input type="checkbox"/> 长期
	性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	_____年__月__日	证件号码	
	国籍		职业		联系电话/监 护人联系电话	
	工作单位地址/住所地		_____省/直辖市_____市_____区/县			
	若您“住所地”与经常居住地不一致，请按照经常居住地进行填写。地址信息请详细至门牌号。					
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 / <input type="checkbox"/> 长期
	性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	_____年__月__日	证件号码	
	国籍		职业		联系电话	
	工作单位地址/住所地		_____省/直辖市_____市_____区/县			
	若您“住所地”与经常居住地不一致，请按照经常居住地进行填写。地址信息请详细至门牌号。					
申请人身份 <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 指定受益人 <input type="checkbox"/> 法定受益人 <input type="checkbox"/> 监护人(仅限受益人的监护人) <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_____						
若事故者身故，请在“身故受益人身份确认表”中勾选受益人与投保人关系、受益人与被保险人关系，此处无需选择。						
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					
	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)						
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/ <input type="checkbox"/> 长期
		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: _____			
保险欺 诈风 险提 示 书	<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

1、以上内容为本人亲笔填写且内容详尽确实。

2、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。

3、本人声明以上内容均为事实，并无虚假及重大遗漏，且已阅读并知晓《保险欺诈风险提示书》。

4、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。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。

5、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。

6、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“中国保信”）报送本人的全部保单信息和理赔信息，并通过医疗机构、中国保信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。中国保信基于为本人或保险公司提供服务的需要可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