

人身保险理赔申请书

理赔通知号：

理赔案件号：

销售渠道			
营业单位		代码	
营销员姓名		代码	
销售人员姓名		代码	
其它销售信息			

填写提示：

- 1、所有填写内容必须真实、准确、完整。
- 2、如果被保险人有多个合同的，请在合同信息栏依次填写合同号。
- 3、主申请人为能代表所有受益人权益，与本公司就理赔相关事宜进行处理、沟通、协调、联络的受益人。
- 4、营销员信息及受理备注由保险公司人员填写。

合同信息	1.保险合同号：			2.保险合同号：				
	3.保险合同号：			4.保险合同号：				
被保险人姓名			性别		职业		国籍	
证件类型		证件号码				证件有效期		
地址					邮政编码			
联系电话		手机号码				电子邮箱		
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 其他_____								
申请项目： <input type="checkbox"/> 意外 <input type="checkbox"/> 疾病		<input type="checkbox"/> 门诊	<input type="checkbox"/> 住院	<input type="checkbox"/> 住院补贴	<input type="checkbox"/> 重大疾病	<input type="checkbox"/> 其它		
事故经过	时间		地点		原因			
	详细经过（何时、何地、何人、何因、经过、结果）：							
事故者现状		<input type="checkbox"/> 治疗中 <input type="checkbox"/> 治疗结束 <input type="checkbox"/> 残疾 <input type="checkbox"/> 失踪 <input type="checkbox"/> 身故（身故日期： 年 月 日）						
被保险人是否在其他保险公司投保人身保险				<input type="checkbox"/> 是 承保公司（ ） <input type="checkbox"/> 否				
是否因同一保险事故在其它公司申请理赔				<input type="checkbox"/> 是 已理赔公司（ ） <input type="checkbox"/> 否				

反保险欺诈提示（请认真阅读后签字确认）

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，保险公司不承担赔偿或给付保险金的责任。

授权与声明（请认真阅读后签字确认）

- 1、本人郑重声明理赔申请书上填写内容全部真实、准确、完整，且已阅读并知晓《反保险欺诈提示》。
- 2、本人授权一切知道或熟悉被保险人身体健康状况和事故情况的任何医疗机构、保险公司、其它机构或人士，均可将被保险人的有关情况和资料以调阅、摘抄、复印、访谈记录等形式提供给中国人民人寿保险股份有限公司及其代表，此授权书的复印件亦具有同等效力。
- 3、本授权若不被有关机构认可，本人愿意再次提供符合要求的授权书。
- 4、如因本人信息不全或者不实导致贵公司理赔信息无法通知的，由本人承担所有责任，与贵公司无关。
- 5、本人已知悉贵公司理赔时效以本人或本人的受托人与贵公司柜面人员进行理赔资料交接并签收之日开始计算。
- 6、主申请人已经取得其他申请人的授权，其他申请人也同意授权主申请人，由主申请人负责理赔相关事宜的处理、沟通、协调、联络。

主申请人是被保险人的：本人 监护人 其他_____

（如主申请人为被保险人本人，下表主申请人的“个人信息”除开户银行、授权账户名和授权账户号外，其他项目可免填写。）

	姓 名	个 人 信 息	签 名 及 日 期
主 申 请 人		性别： 职业： 国籍： 与投保人关系： 与被保险人关系： 证件类型： 证件号码： 证件有效期： 地址： 邮政编码： 联系电话： 手机号码： 电子邮箱： 开户银行： 授权账户名： 授权账户号：	
其 他 申 请 人 （ 即 受 益 人 ） 信 息		性别： 职业： 国籍： 与投保人关系： 与被保险人关系： 证件类型： 证件号码： 证件有效期： 地址： 邮政编码： 联系电话： 手机号码： 电子邮箱： 开户银行： 授权账户名： 授权账户号：	
		性别： 职业： 国籍： 与投保人关系： 与被保险人关系： 证件类型： 证件号码： 证件有效期： 地址： 邮政编码： 联系电话： 手机号码： 电子邮箱： 开户银行： 授权账户名： 授权账户号：	
		性别： 职业： 国籍： 与投保人关系： 与被保险人关系： 证件类型： 证件号码： 证件有效期： 地址： 邮政编码： 联系电话： 手机号码： 电子邮箱： 开户银行： 授权账户名： 授权账户号：	

注：如申请保险金转账，需提供以上申请人或其监护人授权账户（存折或银行借记卡）复印件。

受理备注：

受理人： 年 月 日