



理赔申请书

被保险人资料:

姓名		性别		出生日期	年 月 日	国籍		职业	
证件类型		证件号码				证件有效期至	年 月 日		
联系地址				邮编		联系电话			

申请人资料 (申请人必须为保险金受益人或其监护人; 保险金作为被保险人遗产的, 申请人为《中华人民共和国继承法》规定的相关权利人或其监护人。若申请人为被保险人本人则无需填写):

姓名		性别		出生日期	年 月 日	国籍		职业	
证件类型		证件号码				证件有效期至	年 月 日		
联系地址				邮编		联系电话			
申请人是被保险人的	<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父亲 <input type="checkbox"/> 母亲 <input type="checkbox"/> 儿子 <input type="checkbox"/> 女儿 <input type="checkbox"/> 其他_____								

申请理赔项目及相关保险合同资料:

保险合同编号	申请项目类型 (可以复选)
	<input type="checkbox"/> 医疗补贴 <input type="checkbox"/> 医疗补偿 <input type="checkbox"/> 残疾 <input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 全残 <input type="checkbox"/> 豁免保费 <input type="checkbox"/> 特种疾病 <input type="checkbox"/> 生命末期 <input type="checkbox"/> 失能 <input type="checkbox"/> 其他: _____

保险事故 (包括意外伤害、疾病或身故) 资料:

事故原因	<input type="checkbox"/> 意外 <input type="checkbox"/> 疾病	事故发生日期:	年 月 日 时
事故发生地点:	目前状况: <input type="checkbox"/> 治疗中 <input type="checkbox"/> 治愈 <input type="checkbox"/> 未愈 <input type="checkbox"/> 身故		
保险事故详细情况: (事故原因、经过、损伤程度及诊疗经过等):			

理赔委托授权声明

现委托 _____ 先生/女士 (证件类型: _____, 证件号码: _____, 联系方式: _____, 联系地址: _____) 前往建信人寿保险股份有限公司办理有关保单理赔申请事宜, 并同意其代理权限为递交理赔申请及受领退回的申请材料。本委托有效期为 _____ 天。(委托日期同本申请书的申请日期。)

受托人与委托人关系 配偶 子女 父母 亲属 _____

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:

- 1、【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。
- 2、【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。
- 3、【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。

理赔申请人声明与授权:

1、本人声明以上陈述均为事实, 并无虚假及重大遗漏, 且已阅读并知晓《反保险欺诈提示》。

2、本人授权建信人寿保险股份有限公司从任何医院、保险公司、公安机关或任何上述未提及之组织单位和个人, 获取或了解有关被保险人或投保人任何投保前及投保后就医、投保、理赔、违法犯罪记录以及其他任何与本人投保、理赔相关资料。本人愿意承担由此授权所产生的法律责任。

3、本声明与授权的复印件与原件具有同等效力。

理赔申请人签名: _____ 日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

以下栏位由保险业务人员填写

保险业务员签名: _____ 工号: _____ 业务单位代码: _____ 直接联系电话: _____



理赔保险金转账声明与授权:

理赔保险金受益人(以下简称授权人)兹授权建信人寿保险股份有限公司(以下简称贵公司),如贵公司经核定同意给付本次申请的理赔保险金,可将相关款项直接转入授权人填写的如下银行账户内:

账户姓名: _____ (请正楷填写)

身份证号码:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

授权银行: _____ 省(自治区) _____ 银行 _____ 分行

指定账号:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

授权人保证以上提供的资料真实、准确、有效,且账户所有人为其本人。授权人愿意自行承担因账户资料填写错误导致错误转账而产生的后果,贵公司对此无需承担任何责任。特此声明!

授权人签名: _____ 授权日期: _____

注:

- 1、授权人必须是保险合同受益人本人,其姓名及身份证号码必须与银行账户所载姓名及身份证号码相同,否则不能办理授权及转账。
- 2、授权人提供的账户必须为个人活期结算账户。
- 3、授权人只能选择一家授权银行,否则作无效处理。

各项保险金申请必须文件一览表:

	意外身故	疾病身故	残疾	重大疾病	生命末期	豁免保费	意外医疗	住院补偿	住院补贴	手术补贴
保险合同原件	●	●	●	●	×	×	×	×	×	×
被保险人身份证原件/复印件	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
投保人身份证原件/复印件	×	×	×	×	×	●	×	×	×	×
申请人身份证原件/复印件	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
受托人身份证原件/复印件	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
身故受益人身份证、户口簿原件/复印件	●	●	×	×	×	×	×	×	×	×
被保险人注销户口的户口簿原件/复印件	●	●	×	×	×	×	×	×	×	×
死亡诊断/推断书	●	●	×	×	×	×	×	×	×	×
法医检验鉴定或伤残评定书	□	□	●	×	×	□	□	×	×	×
门诊病历原件	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
诊断证明书原件或复印件	□	□	□	●	●	□	□	●	●	●
出院小结原件或完整复印件	□	□	□	□	□	□	□	●	●	●
医疗收据原件	×	×	×	×	×	×	●	●	●	●
门诊/住院费用清单	×	×	×	×	×	×	●	●	□	●
病理报告书原件或复印件	×	□	×	●	□	□	□	□	□	□
检查、检验报告书原件或复印件	□	□	□	●	●	□	□	□	□	□
其它单位报销凭证或证明(已有其它单位或保险公司报销者)	×	×	×	×	×	×	●	●	×	×
《***事故认定书》(凡事故有警方处理者)	●	×	●	●	●	●	●	●	●	●
法院判决书	□	×	□	×	□	□	□	□	×	×

- 注: 1、●——必须递交; □——如果有,必须递交; ×——可以不必提供。
 2、若受益人为未成年人,除提供未成年人户口簿或出生证明复印件外,还需提供监护人身份证复印件。
 3、其他未提及的资料,请参照合同条款约定。
 4、上述一览表仅供参考,本公司有权视客观情况,根据《保险法》规定及合同约定,要求客户提供其他相关资料。(以下空白)