



## 理赔申请书

案件号：

<b>出险人及申请人信息</b> (如申请人与出险人为同一人, 申请人信息可不填)									
保险合同号:					个险代理人姓名及代码/团险投保单位:				
出险人姓名:		性 别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		国籍:		职业:		联系电话:	
证件类型:		证件有效期至:		证件号码					
联系地址:					邮编:		Email:		
申请人是投保人的: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他_____									
申请人类型: <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 指定受益人或其监护人 <input type="checkbox"/> 法定继承人或其监护人 <input type="checkbox"/> 其他_____									
申请人姓名:		性 别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		国籍:		职业:		联系电话:	
证件类型:		证件有效期至:		证件号码					
联系地址:					邮编:		Email:		
<b>出险信息</b>									
出险 经过	时间:      年      月      日      时			地点:			出险原因: <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 意外		
	请简述出险经过: 如涉及疾病, 请简述疾病名称、诊疗经过及就诊医院:								
申请类型: <input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 残疾 <input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 特定疾病 <input type="checkbox"/> 医疗 (收据___张/金额共___元) <input type="checkbox"/> 津贴 <input type="checkbox"/> 保费豁免 <input type="checkbox"/> 其他_____									
是否曾经公安等部门处理		<input type="checkbox"/> 是 请提供事故处理证明						<input type="checkbox"/> 否	
是否在其他保险公司投保		<input type="checkbox"/> 是 请填写保险公司名称:						<input type="checkbox"/> 否	
是否在社保等第三方索赔		<input type="checkbox"/> 是 请填写索赔机构名称:						<input type="checkbox"/> 否	
是否委托办理理赔申请		<input type="checkbox"/> 是 请填写《理赔授权委托书》						<input type="checkbox"/> 否	
<b>账户信息</b>									
转账		户 名:		开户银行:		银行		省/直辖市      市      支行	
授权		银行账号							
<b>反保险欺诈提示</b>									
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】进行保险诈骗犯罪行为, 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。									
<b>声明与授权</b>									
1、本人声明所提交的全部证明文件材料均属实, 本申请书上填写内容真实详尽, 且已阅读并知晓反保险欺诈提示。									
2、本人授权前海人寿保险股份有限公司及其授权的机构和个人向医疗机构、公安部门、保险公司、有关组织机构及个人索取、查询、调阅、摘抄、复印/制所有理赔相关材料; 授权前海人寿保险股份有限公司向为提供产品质量和服务目的展开必要合作的第三方, 进行信息提供、查询和收集投保人及被保险人的资料信息、保险服务信息和索取有关证明。本人所提供的以及授权前海人寿所查询、收集的全部信息, 仅限前海人寿及为提升产品质量和服务目的展开必要合作的第三方用于处理与本保单相关的客户服务、保单理赔以及数据分析处理。为确保信息安全, 前海人寿保险股份有限公司与以上第三方应采取有效措施, 并承担保密义务。本授权书之影印件、传真件、扫描件和原件具有同等效力, 本人愿承担由此产生的一切法律后果。									
3、本人同意贵公司将有有关被保险人的资料用于保险、再保险、外包业务处理及统计事宜。									
4、本人授权前海人寿保险股份有限公司与银行将合同约定的理赔款划入上述授权账户, 本人清楚明白理赔款项一经通过银行成功到账到授权账号, 将视为已收到该笔理赔款项。因本人或受托人过错导致银行转账不成功、未及时或未全额收取理赔款项的, 贵公司不承担责任。									
投保单位签章:			申请人签名:				日期:		

# 理赔申请须知

尊敬的客户：

为使您方便、快捷地完成申请，在填写《理赔申请书》前，请仔细阅读以下内容：

## 一、申请人资格

医疗（费用、津贴）保险金、重疾保险金、残疾保险金的申请人是被保险人。身故保险金的申请人是身故受益人，没有指定身故受益人，或者受益人先于被保险人死亡、受益人依法丧失受益权或放弃受益权，没有其他受益人的，被保险人的继承人享有保险金的请求权。保费豁免的申请人为被保险人或投保人。受益人为多人时须同时提出理赔申请。

## 二、申请所需材料

以下材料为您办理理赔申请时所需的基本材料，但由于保险事故的具体情况不同，本公司可能还会需要您提供一些与本次理赔相关的其他材料，如果需要，我公司理赔人员会及时与您取得联系。

申请类型	索赔资料名称	
疾病医疗	1、3、4、5、6、7、8、9、16	1、理赔申请书
意外医疗	1、3、4、5、6、7、8、9、12、16	2、保险合同
生育医疗	1、3、4、5、6、7、8、9、15	3、被保险人身份证明
重大疾病	1、3、4、5、6、8、10、12、16	4、申请人（监护人）身份证明、银行账户复印件
特定疾病	1、3、4、5、6、8、10、12、16	5、理赔授权委托书、受托人身份证明（仅适用委托代办）
意外身故	1、2、3、4、5、6、8、12、13、16	6、住院病历、出院小结
疾病身故	1、2、3、4、5、6、8、13、16	7、住院费用原始收据、费用明细清单
宣告死亡	1、2、3、4、5、14、16	8、门/急诊病历/手册、检查及检验报告
意外残疾	1、3、4、5、6、8、11、12、16	9、门诊费用原始收据及费用清单或处方
疾病残疾	1、3、4、5、6、8、11、16	10、病理及其它各项检查检验报告
保费豁免(身故)	1、2、3、4、5、6、8、12、13、16	11、伤残鉴定书
保费豁免(残疾)	1、3、4、5、6、8、11、12、16	12、意外事故证明（若是交通事故须提供交通管理部门出具的交通事故责任认定书；若是工伤事故须提供相关单位的工伤证明；若是治安事故须提供公安机关出具的事故证明）
保费豁免(重大/特定疾病)	1、3、4、5、6、8、10、12、16	13、死亡证明书、户籍注销证明、遗体处理证明
		14、法院出具的宣告死亡证明文件
		15、孕妇手册
		16、个人客户税收居民身份声明书（B版）（仅适用个人保险）

## 三、填写说明

- 理赔申请书必须由享有保险金申请权的受益人亲笔签名确认，当保险金受益人为多人时，所有受益人均需要在理赔申请书上签名确认。当申请人委托他人办理申请时，应提供《理赔授权委托书》及委托人、受托人身份证明。
- 若同一保险事故涉及多份保险合同，理赔申请时可以只填写一份理赔申请书，但必须保证所有保险合同的受益人相同，若受益人不同则需要填写多份理赔申请书。不同的保险事故，请填写多份理赔申请书并提出不同的理赔申请。
- 为保证申请人权益，理赔款将通过银行转账的方式予以支付，请提供银行结算账户存折/卡复印件（包含银行存折账号、账户所有人姓名的存折首页，银行卡号、签署户名的银行卡复印件），账户所有人必须为申请人。为避免理赔款转账失败，请提供一类账户。
- 除提供身份证明外，当申请人为被保险人继承人时，需要提供该申请人具有合法继承权的相关证明；当申请人为无民事行为能力或限制民事行为能力人时，需提供申请人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的证明，并提供监护人的身份证明与受益人的监护关系证明；当申请人为其他人时，我公司将按照法律法规的规定根据实际情况要求申请人提供相应的文件。
- 医疗费用收据应为就诊医院签发的、由政府财政税务部门监制（有财税监制章和医院收费章）的医药费用原始收据。已在其他机构获得医疗费用给付，且医疗费用收据（发票）原件被其他机构收取的，需提供其他机构的给付证明及医疗费用分割单原件、医疗费用收据（发票）复印件。

## 四、理赔咨询

若您对理赔方面有什么疑问或对理赔服务有什么建议，请拨打全国统一客户服务电话 956099/4008896333。