



131328
单证代码: Q530058602

理赔申请书 (指定单一身故受益人类)



扫描上方的二维码下载招商局仁和人寿 APP

温馨提示:

1. 本申请书仅适用于指定单一受益人申请身故理赔;
2. 请您用黑色或蓝黑色墨水笔填写, 字迹工整, 请勿涂改, 并在需要选择的项目前 内打“√”;
3. 如您申请理赔时遇到任何疑问, 可致电客服电话 400-86-95666 或下载招商局仁和人寿 APP 自助查询。

保险合同号码:											
申请类型		<input type="checkbox"/> 疾病身故 <input type="checkbox"/> 意外身故 如需同时申请其他责任, 请勾选 (可复选): <input type="checkbox"/> 医疗 <input type="checkbox"/> 残疾 (失能) <input type="checkbox"/> 重大疾病 (含轻症疾病)									
申请人信息	申请人身份	<input type="checkbox"/> 受益人 <input type="checkbox"/> 受益人的监护人			受益人是投保人的: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他关系 _____ 受益人是被保险人的: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他关系 _____						
	姓名		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年	月	日	职业		
	国籍	<input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他 _____		证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他 _____						
	证件有效期	至 年 月 日 / <input type="checkbox"/> 长期			证件号码						
	手机号码				Email 地址						
	联系地址	<input type="checkbox"/> 住所地 <input type="checkbox"/> 工作单位		省/直辖市 市 区/县 _____							
身故人信息	身故人身份	<input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 投保人			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"/> 其他关系 _____ 是被保险人的: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他关系 _____						
	姓名		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年	月	日	职业		
	国籍	<input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他 _____		证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他 _____						
	证件有效期	至 年 月 日 / <input type="checkbox"/> 长期			证件号码						
	手机号码				Email 地址						
	身前联系地址	<input type="checkbox"/> 住所地 <input type="checkbox"/> 工作单位		省/直辖市 市 区/县 _____							
保险事故信息	时间	年 月 日		时							
	地点	省/直辖市 市 区/县 _____									
	原因										
	经过及结果										
	诊疗经过										
转账信息	户名				开户银行						
	银行账号										

如需要委托代办，请填写下列受委托人信息及委托事项

受 委 托 人 信 息	受委托人 身份	<input type="checkbox"/> 业务人员，执业证号：_____																				
		<input type="checkbox"/> 亲属，关系_____ <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 同事 <input type="checkbox"/> 其他_____																		职业		
		<input type="checkbox"/> 律师，执业证号：_____																				
	姓名			性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期						年	月	日								
	国籍	<input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他_____		证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他_____																	
	证件有效期	至 年 月 日 / <input type="checkbox"/> 长期		证件号码																		
	手机号码			Email 地址																		
联系地址	<input type="checkbox"/> 住所地 <input type="checkbox"/> 工作单位		省/直辖市		市		区/县															
委 托 事 项	本人现委托上述受委托人代为办理																		保险合同的理赔事宜，授权其代办如下事项：			
	1. 办理理赔申请	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意																	4. 受领核保意见通知函 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意			
	2. 受领退回的申请材料	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意																	5. 签订理赔协议 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意			
	3. 受领理赔决定通知书	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意																				
委托期间自 年 月 日至 年 月 日																						

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：

【刑事责任】 进行保险诈骗活动，可能会受到拘役、有期徒刑，并处罚金或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 日以下的拘留、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】 故意或者因重大过失未履行如实告知义务，未发生保险事故而谎称发生了保险事故，故意制造保险事故，以伪造、变造的有关证明、资料或者其他证据，编造虚假的事故原因或者夸大损失程度的，根据不同情形，保险人可解除合同、不承担赔偿或者给付保险金的责任、不退还保险费。

声明及授权

本人声明：

1. 因本人或代办人提供的信息、资料不真实、不准确、不完整而导致的一切后果，将由本人自行承担，贵公司不承担责任。

2. 本人已阅读并知晓《反保险欺诈提示》，并承诺理赔申请书上所填写的内容真实详尽。

3. 本人： 仅为中国税收居民 仅为非居民 既是中国税收居民又是其他国家（地区）税收居民

（如在以上选项中勾选“仅为非居民”或者“既是中国税收居民又是其他国家（地区）税收居民”，本人将提供姓名、现居地址、出生地及税收居民国（地区）及纳税人识别号等详细信息，并填写提交《个人所得税居民身份声明文件》。本人确认所提供信息的真实、准确和完整，且当这些信息发生变更时，将在 30 日内通知贵机构，否则本人承担由此造成的不利后果。）

本人授权：

1. 本人授权贵公司可以向医疗机构、行政司法机关、其他单位或个人通过检索、调阅、摘抄、复印或其他方式获取任何本人和被保险人与理赔申请相关的资料，本人愿承担由此产生的一切法律责任，本授权声明之影印件亦属有效。

2. 本人已经准确填写“转账信息”栏目，本人授权贵公司按此“转账信息”栏目下的户名及银行账号进行保险金给付，本人理解贵公司对此户名及银行账号进行保险金给付即履行了保险合同约定的给付义务。

3. 除法律有明确禁止性规定之外，本人对贵公司及招商局集团做如下授权：

将本人提供给贵公司的信息及保单信息提供给监管机构、行业协会、当地健康保险信息平台做合理使用；将本人提供给贵公司的信息、享受贵公司服务产生的信息以及贵公司根据本条约定查询、收集的信息，用于贵公司及招商局集团以及因服务必要委托的合作伙伴为本人提供服务、推荐产品、开展市场调研与信息数据分析；基于为本人提供更优质服务和产品的目的，向贵公司及招商局集团以及因服务必要开展合作的伙伴提供、查询、收集本人的信息。为确保本人信息的安全，贵公司及招商局集团以及合作伙伴对上述信息负保密义务，并采取各种措施保证信息安全。招商局集团是指招商局集团有限公司及其直接或间接控股的公司，以及招商局集团有限公司直接或间接作为其单一最大股东的公司。如您不同意上述授权条款的部分或全部，可致电客服电话 400-86-95666 取消或变更授权。

本人已阅读，充分了解并同意上述声明及授权条款。

请申请人在签名栏内亲笔签名，如无法签名，请在申请人签名栏按食指或拇指手印，确认上述信息、声明及授权均为本人真实意思表示，他人不得代为签名。

申请人签名：_____

申请日期： 年 月 日