



131328

人身保险理赔申请单

申请人信息

|       |   |      |  |    |  |    |        |    |  |
|-------|---|------|--|----|--|----|--------|----|--|
| 申请人姓名 |   | 性别   |  | 年龄 |  | 国籍 |        | 职业 |  |
| 证件类型  |   | 证件号码 |  |    |  |    | 证件有效期限 |    |  |
| 联系电话  |   |      |  |    |  |    | 邮 编    |    |  |
| 联系地址  |   |      |  |    |  |    | E-mail |    |  |
| 申请人身份 | <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 指定受益人 <input type="checkbox"/> 被保险人的法定继承人 <input type="checkbox"/> 受益人监护人 |      |  |    |  |    |        |    |  |

申请项目信息

|      |   |                               |                               |                               |                               |  |  |  |  |
|------|---|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--|--|--|--|
| 申请项目 | <input type="checkbox"/> 意外 <input type="checkbox"/> 疾病 |                               |                               |                               |                               |  |  |  |  |
|      | <input type="checkbox"/> 医疗                             | <input type="checkbox"/> 身故   | <input type="checkbox"/> 残疾   | <input type="checkbox"/> 全残   | <input type="checkbox"/> 重疾   |  |  |  |  |
|      | <input type="checkbox"/> 护理                             | <input type="checkbox"/> 轻症疾病 | <input type="checkbox"/> 女性疾病 | <input type="checkbox"/> 重度失能 | <input type="checkbox"/> 一般失能 |  |  |  |  |

事故相关信息

|   |  |      |  |          |  |    |        |    |  |
|---|--|------|--|----------|--|----|--------|----|--|
| 出险人姓名   |  | 性别   |  | 年龄       |  | 国籍 |        | 职业 |  |
| 证件类型  |  | 证件号码 |  |          |  |    | 证件有效期限 |    |  |
| ★出险人与申请人是否为同一人： <input type="checkbox"/> 是（如果“是”请打“√”，则以上两行免填写） |  |      |  |          |  |    |        |    |  |
| 事故日期  |  | 事故地点 |  |          |  |    | 现状     |    |  |
| 事故处理单位  |  |      |  | 事故处理单位电话 |  |    |        |    |  |
| 治疗医院  |  |      |  | 科室       |  | 床号 |        |    |  |
| 事故经过：   |  |      |  |          |  |    |        |    |  |

领款人信息

|   |                             |                             |    |      |  |       |        |    |  |
|---|-----------------------------|-----------------------------|----|------|--|-------|--------|----|--|
| 领款人姓名   |                             | 性别                          |    | 年龄   |  | 国籍    |        | 职业 |  |
| 证件类型  |                             | 证件号码                        |    |      |  |       | 证件有效期限 |    |  |
| 联系电话  |                             |                             |    | 联系地址 |  |       |        |    |  |
| ★领款人与申请人是否为同一人： <input type="checkbox"/> 是（如果“是”请打“√”，则以上三行免填写） |                             |                             |    |      |  |       |        |    |  |
| 领款方式  | <input type="checkbox"/> 转账 | <input type="checkbox"/> 现金 | 户名 |      |  | 开户行名称 |        |    |  |
| 银行账号  |                             |                             |    |      |  |       |        |    |  |

备注：如无特别约定，理赔款以银行转账方式支付。

反保险欺诈提示（请认真阅读）

请您与我们一同杜绝以下骗取保险金的行为：1. 故意虚构保险标的；2. 对发生的保险事故编造虚假的原因或者夸大损失的程度；3. 编造未曾发生的保险事故；4. 故意造成财产损失的保险事故；5. 故意造成被保险人死亡、伤残或者疾病的。

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；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；保险公司不承担赔偿或给付保险金的责任。保险事故的鉴定人、证明人、财产评估人故意提供虚假的证明文件，为他人诈骗提供条件的，将会受到相应的刑事或行政处罚。

授权与声明

一、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》。

二、本人承担因填写错误导致理赔款未能支付给权益人所引起的任何法律责任。

三、本人授权对被保险人进行诊治的医院、医生及任何相关单位、人士向富德生命人寿保险股份有限公司提供被保险人健康信息及财务、职业等与理赔相关之资料及证明，本人愿意承担由此产生的任何法律责任。

四、本授权书之影印本亦有效。

申请人签名 \_\_\_\_\_ 申请日期 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

## 理赔委托授权声明（仅在委托他人办理时填写）

现申请人\_\_\_\_\_委托\_\_\_\_\_先生/女士前往贵公司办理有关保单申请项下事宜。本委托有效期为\_\_\_\_\_天。（委托日期同本申请书的申请日期。）

|             |        |  |      |  |    |  |    |        |    |  |
|-------------|--------|--|------|--|----|--|----|--------|----|--|
| 代办人<br>身份信息 | 姓名     |  | 性别   |  | 年龄 |  | 国籍 |        | 职业 |  |
|             | 证件类型   |  | 证件号码 |  |    |  |    | 证件有效期限 |    |  |
|             | 联系地址   |  |      |  |    |  |    | 联系电话   |    |  |
|             | 与委托人关系 | <input type="checkbox"/> 营销员 <input type="checkbox"/> 收费员 <input type="checkbox"/> 亲戚 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 其他： |      |  |    |  |    |        |    |  |

委托人签名：\_\_\_\_\_

代办人签名：\_\_\_\_\_

## 投保人与被保险人、受益人关系声明

投保人与被保险人、受益人非同一人且无其他资料证明以上三者之间的关系时填写！

兹声明投保人\_\_\_\_\_与被保险人\_\_\_\_\_是\_\_\_\_\_关系。

兹声明投保人\_\_\_\_\_与受益人\_\_\_\_\_是\_\_\_\_\_关系。

兹声明投保人\_\_\_\_\_与受益人\_\_\_\_\_是\_\_\_\_\_关系。

兹声明投保人\_\_\_\_\_与受益人\_\_\_\_\_是\_\_\_\_\_关系。

投保人签名：\_\_\_\_\_ 被保险人签名：\_\_\_\_\_ 受益人签名：\_\_\_\_\_

## 理赔须知

### 一、定点医院提醒

请被保险人按照保险合同约定，在指定的定点医院接受检查治疗，具体定点医院的范围您可以咨询当地理赔人员。

### 二、各类理赔申请所需提供的基本索赔资料

各类理赔申请均需要提供“理赔申请书”、“有效身份证件及受益人关系证明”、“受益人银行账户”等基本资料。

同时根据不同的申请类型，还需按以下说明提供对应的资料：

- （一）医疗费用补偿需提供下表中的 1、2 项；
- （二）伤残、重疾给付、豁免保费需提供下表中的 2、3 项；
- （三）死亡给付需提供下表中的 2、3、4 项。

| 序号 | 资料要求  |
|----|---|
| 1  | 被保险人门、急诊和 / 或住院医疗费用收据原件，包括住院费用明细单原件（如仅申请住院补贴且原件已被其他机构留存，可提供复印件并要求相应机构盖章确认，或提供医院住院费用明细单原件）。    |
| 2  | 被保险人门、急诊病历卡并附检查报告，包括病理检查报告等（如为意外事故需提供相应的事故报告：如公安局证明、交通事故报告、消防局事故证明或工伤事故报告等）；疾病诊断证明书原件和出院小结原件。 |
| 3  | 索赔的保险合同原件；被保险人残疾程度鉴定证明原件。   |
| 4  | 被保险人户口注销证明原件；<br>被保险人死亡证明原件包括火化证原件和居民医学死亡证明书原件（如为复印件需相关单位在复印件上盖章确认）；如果是法院宣告死亡需提供判决书原件。        |



全国统一客服热线：95535\4008200035

富德生命人寿官网：[www.sino-life.com](http://www.sino-life.com)

微信扫一扫，关注我们