

赔案号: _____

理赔申请书

申请书附页: 是 否

(含资料信息调阅授权书)

申请人1(受益人)信息											
姓名		性别		与被保险人关系	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他						
国籍		职业		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 <input type="checkbox"/> 其他						
证件类型		证件号码		证件有效期	年 月 日至 年 月 日/ <input type="checkbox"/> 长期						
联系地址	省 市 区/县			邮政编码							
移动电话		固定电话		电子邮箱	@						
被保险人信息(提示: 被保险人与申请人为同一人, 此信息可免填)											
姓名		性别		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 <input type="checkbox"/> 其他						
国籍		职业		移动电话		固定电话					
证件类型		证件号码		证件有效期	年 月 日至 年 月 日/ <input type="checkbox"/> 长期						
联系地址	省 市 区/县			邮政编码							
索赔信息											
保险合同号				被保险人是否有其他保险公司人身保险	<input type="checkbox"/> 是, 承保公司 _____ <input type="checkbox"/> 否						
领款信息	户名				开户行						
	银行账号					<input type="checkbox"/> 现金领款					
索赔类型 (可多选)	<input type="checkbox"/> 医疗费用	<input type="checkbox"/> 住院补贴	<input type="checkbox"/> 重大疾病	<input type="checkbox"/> 意外残疾	<input type="checkbox"/> 疾病残疾	<input type="checkbox"/> 保费豁免					
	<input type="checkbox"/> 疾病身故	<input type="checkbox"/> 意外身故	<input type="checkbox"/> 其他_____	(如申请身故保险金, 请填写《身故受益人身份确认书》)							
事故信息	时间	年 月 日		事故地点							
	事故原因及详细经过:										
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。 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事实; 5. 故意造成被保险人死亡、伤残或者疾病的。											
提交理赔申请材料清单											
	原件	复印件		原件	复印件		原件	复印件		原件	复印件
<input type="checkbox"/> 保险凭证	()页	()页	<input type="checkbox"/> 诊断证明书	()页	()页	<input type="checkbox"/> 殡葬、火化证明	()页	()页	<input type="checkbox"/> 理赔申请书	()页	()页
<input type="checkbox"/> 理赔申请书	()页	()页	<input type="checkbox"/> 病历、出院小结	()页	()页	<input type="checkbox"/> 残疾鉴定报告	()页	()页	<input type="checkbox"/> 事故者身份证明	()页	()页
<input type="checkbox"/> 事故者身份证明	()页	()页	<input type="checkbox"/> 医疗费收据	()页	()页	<input type="checkbox"/> 户口注销证明	()页	()页	<input type="checkbox"/> 受益人身份证明	()页	()页
<input type="checkbox"/> 受益人身份证明	()页	()页	<input type="checkbox"/> 医疗费结算明细表	()页	()页	<input type="checkbox"/> 意外事故证明	()页	()页	<input type="checkbox"/> 受益人关系证明	()页	()页
<input type="checkbox"/> 受益人关系证明	()页	()页	<input type="checkbox"/> 处方	()页	()页	<input type="checkbox"/> 领款账户证明	()页	()页	<input type="checkbox"/> 理赔授权委托书	()页	()页
<input type="checkbox"/> 理赔授权委托书	()页	()页	<input type="checkbox"/> 医学检查报告	()页	()页	<input type="checkbox"/> 其他: _____	()页	()页	<input type="checkbox"/> 代理人身份证明	()页	()页
<input type="checkbox"/> 代理人身份证明	()页	()页	<input type="checkbox"/> 居民死亡证明	()页	()页	材料数量合计	()页	()页			
理赔授权委托书											
本人现委托_____ (受委托人姓名) 就_____ (保险合同号码) 保险合同的理赔事宜作为我的代理人, 本人同意授权受委托人代理以下理赔业务(打“√”事项), 并承担由此授权产生的任何法律责任与法律后果。											
<input type="checkbox"/> 1、办理理赔申请及受领退回的申请资料 <input type="checkbox"/> 2、受领理赔决定通知 <input type="checkbox"/> 3、受领续期核保决定通知											
<input type="checkbox"/> 4、受领给付款项并签字 <input type="checkbox"/> 5、签订理赔协议 <input type="checkbox"/> 6、其他											
授权期间自 年 月 日至 年 月 日											
受托人姓名	性别			出生日期							
证件类型	证件号码			证件有效期			年 月 日至 年 月 日/ <input type="checkbox"/> 长期				
联系地址				联系电话							
委托人签名:						受托人签名:					
申请人声明											
1. 本人声明已阅读并知晓《反保险欺诈提示》内容, 保证理赔申请书上所填的内容及本人提供的一切资料均完全属实, 如有虚假不实或隐瞒情况, 百年人寿保险股份有限公司有权依法追究法律责任。											
2. 本人同意授权百年人寿保险股份有限公司及提供本保险服务之必要委托的第三方合作机构向任何医院、公安机关、保险公司等相关机关及个人了解、获取、复印与本理赔申请相关的资料或证明, 本人愿承担由此产生的一切法律责任。											
3. 本人同意授权百年人寿保险股份有限公司向征信机构查询本人的个人信息用于办理保险业务的审查相关事宜。本人保证所提供之领款账户为本人所有, 若因账号、账户提供错误导致的一切转账问题均与百年人寿保险股份有限公司无关, 并由本人承担一切责任。											
4. 本人确认百年人寿保险股份有限公司已进行“保险公司不得违规销售非保险金融产品, 请勿参加非法集资”的风险提示。											
5. 为提供保险服务的需要, 本人授权: 百年人寿保险股份有限公司可通过知悉本人信息的机构查询与本人有关的全部信息(包括但不限于投保、承保、理赔、医疗信息等); 百年人寿保险股份有限公司及其具有必要合作关系的机构均可对上述信息进行合理的使用。为确保信息安全, 百年人寿保险股份有限公司及其合作机构应采取有效措施并承担保密义务。											
6. 为实现个人保险实名制管理目的的需要, 本人同意: (1) 百年人寿保险股份有限公司可采集本人办理保险业务所需的信息要素(包括但不限于姓名、证件类型、证件号码、证件有效期起止期限等), 传递给百年人寿保险股份有限公司的必要合作机构及信息认证专门机构进行有效性核验并向百年人寿保险股份有限公司反馈; (2) 百年人寿保险股份有限公司可采集涉及本人的保险业务信息(包括但不限于证件信息、办理的保险业务种类、基本内容等), 并由百年人寿保险股份有限公司的必要合作机构进行存储、登记, 上述各单位均可对上述信息进行合理的使用与传递。											

第一联 保险公司留存

申请人: _____ 申请日期: _____ 签收人: _____ 签收日期: _____

赔案号: _____

理赔申请书

申请书附页: 是 否

(含资料信息调阅授权书)

申请人1(受益人)信息										
姓名		性别		与被保险人关系	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他					
国籍		职业		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 <input type="checkbox"/> 其他					
证件类型		证件号码		证件有效期	年 月 日至 年 月 日/□长期					
联系地址	省 市 区/县			邮政编码						
移动电话		固定电话		电子邮箱	@					
被保险人信息(提示: 被保险人与申请人为同一人, 此信息可免填)										
姓名		性别		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 <input type="checkbox"/> 其他					
国籍		职业		移动电话		固定电话				
证件类型		证件号码		证件有效期	年 月 日至 年 月 日/□长期					
联系地址	省 市 区/县			邮政编码						
索赔信息										
保险合同号				被保险人是否有其他保险公司人身保险	<input type="checkbox"/> 是, 承保公司 _____ <input type="checkbox"/> 否					
领款信息	户名				开户行					
	银行账号					<input type="checkbox"/> 现金领款				
索赔类型 (可多选)	<input type="checkbox"/> 医疗费用		<input type="checkbox"/> 住院补贴		<input type="checkbox"/> 重大疾病		<input type="checkbox"/> 意外残疾		<input type="checkbox"/> 疾病残疾	<input type="checkbox"/> 保费豁免
	<input type="checkbox"/> 疾病身故		<input type="checkbox"/> 意外身故		<input type="checkbox"/> 其他 _____ (如申请身故保险金, 请填写《身故受益人身份确认书》)					
事故信息	时间	年 月 日		事故地点						
	事故原因及详细经过:									
<p>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:</p> <p>【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。</p> <p>【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。</p> <p>【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。</p> <p>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事实; 5. 故意造成被保险人死亡、伤残或者疾病的。</p>										
提交理赔申请材料清单										
	原件	复印件		原件	复印件		原件	复印件		
<input type="checkbox"/> 保险凭证	() 页	() 页	<input type="checkbox"/> 诊断证明书	() 页	() 页	<input type="checkbox"/> 殡葬、火化证明	() 页	() 页		
<input type="checkbox"/> 理赔申请书	() 页	() 页	<input type="checkbox"/> 病历、出院小结	() 页	() 页	<input type="checkbox"/> 残疾鉴定报告	() 页	() 页		
<input type="checkbox"/> 事故者身份证明	() 页	() 页	<input type="checkbox"/> 医疗费收据	() 页	() 页	<input type="checkbox"/> 户口注销证明	() 页	() 页		
<input type="checkbox"/> 受益人身份证明	() 页	() 页	<input type="checkbox"/> 医疗费结算明细表	() 页	() 页	<input type="checkbox"/> 意外事故证明	() 页	() 页		
<input type="checkbox"/> 受益人关系证明	() 页	() 页	<input type="checkbox"/> 处方	() 页	() 页	<input type="checkbox"/> 领款账户证明	() 页	() 页		
<input type="checkbox"/> 理赔授权委托书	() 页	() 页	<input type="checkbox"/> 医学检查报告	() 页	() 页	<input type="checkbox"/> 其他: _____	() 页	() 页		
<input type="checkbox"/> 代理人身份证明	() 页	() 页	<input type="checkbox"/> 居民死亡证明	() 页	() 页	材料数量合计	() 页	() 页		
理赔授权委托书										
本人现委托 _____ (受委托人姓名) 就 _____ (保险合同号码) 保险合同的理赔事宜作为我的代理人, 本人同意授权受委托人代理以下理赔业务(打“√”事项), 并承担由此授权产生的任何法律责任与法律后果。										
<input type="checkbox"/> 1、办理理赔申请及受领退回的申请资料			<input type="checkbox"/> 2、受领理赔决定通知			<input type="checkbox"/> 3、受领续期核保决定通知				
<input type="checkbox"/> 4、受领给付款项并签字			<input type="checkbox"/> 5、签订理赔协议			<input type="checkbox"/> 6、其他				
授权期间自 _____ 年 _____ 月 _____ 日至 _____ 年 _____ 月 _____ 日										
受托人姓名	性别			出生日期						
证件类型	证件号码			证件有效期			年 月 日至 年 月 日/□长期			
联系地址				联系电话						
委托人签名:					受托人签名:					
申请人声明										
<p>1. 本人声明已阅读并知晓《反保险欺诈提示》内容, 保证理赔申请书上所填的内容及本人提供的一切资料均完全属实, 如有虚假不实或隐瞒情况, 百年人寿保险股份有限公司有权依法追究法律责任。</p> <p>2. 本人同意授权百年人寿保险股份有限公司及提供本保险服务之必要委托的第三方合作机构向任何医院、公安机关、保险公司等相关机关及个人了解、获取、复印与本理赔申请相关的资料或证明, 本人愿承担由此产生的一切法律责任。</p> <p>3. 本人同意授权百年人寿保险股份有限公司向征信机构查询本人的个人信息用于办理保险业务的审查相关事宜。本人保证所提供之领款账户为本人所有, 若因账号、账户提供错误导致的一切转账问题均与百年人寿保险股份有限公司无关, 并由本人承担一切责任。</p> <p>4. 本人确认百年人寿保险股份有限公司已进行“保险公司不得违规销售非保险金融产品, 请勿参加非法集资”的风险提示。</p> <p>5. 为提供保险服务的需要, 本人授权: 百年人寿保险股份有限公司可通过知悉本人信息的机构查询与本人有关的全部信息(包括但不限于投保、承保、理赔、医疗信息等); 百年人寿保险股份有限公司及其具有必要合作关系的机构均可对上述信息进行合理的使用。为确保信息安全, 百年人寿保险股份有限公司及其合作机构应采取有效措施并承担保密义务。</p> <p>6. 为实现个人保险实名制管理目的的需要, 本人同意: (1) 百年人寿保险股份有限公司可采集本人办理保险业务所需的信息要素(包括但不限于姓名、证件类型、证件号码、证件有效期起止期限等), 传递给百年人寿保险股份有限公司的必要合作机构及信息认证专门机构进行有效性核验并向百年人寿保险股份有限公司反馈; (2) 百年人寿保险股份有限公司可采集涉及本人的保险业务信息(包括但不限于证件信息、办理的保险业务种类、基本内容等), 并由百年人寿保险股份有限公司的必要合作机构进行存储、登记, 上述各单位均可对上述信息进行合理的使用与传递。</p>										

第二联 投保人留存

申请人: _____ 申请日期: _____ 签收人: _____ 签收日期: _____

《理赔申请书》填写指南

1. 哪些人有权申请理赔？

- (1) 申请生存保险金（医疗保险金、残疾保险金、重疾保险金等）：由被保险人本人申请。
- (2) 申请身故保险金：由身故受益人申请，当多个身故受益人时，需填写理赔申请书和附页。
- A. 保险指定身故受益人：由保单指定的身故受益人申请。
- B. 保单未指定或指定不明无法确定身故受益人：由被保险人的全体继承人申请。
- C. 受益人先于被保险人死亡，没有其他受益人的：由被保险人的全体继承人申请。
- D. 受益人依法丧失受益权或者放弃受益权，没有其他受益人的：由被保险人的全体继承人申请。
- (3) 仅申请保费豁免：由投保人或被保险人申请。
- 注：上述申请人未成年或不具备完全民事行为能力的，由申请人的监护人代为申请。

2. 身故保险金受益人为多人的情况，如何办理理赔申请？

申请身故保险金时，受益人需填写《身故受益人身份确认书》，多个受益人可共同办理理赔申请，也可委托一人办理理赔申请，多人委托一人办理时，每一委托人均需填写《理赔授权委托书》。

注：对于受益人为“法定”或未指定受益人的身故保险金理赔申请，本公司不负责保险金在权利人之间的继承份额划分，保险金一次性给付，由全体权利人共同受领或全体权利人授权一人受领。

3. 理赔时应准备哪些申请材料？

以下材料为办理理赔申请时所需的基本材料，由于保险事故的具体情况不同，本公司可能还会需要申请人提供一些与本次理赔相关的其他材料，如果需要，本公司理赔部门会及时与申请人取得联系。如申请人委托他人代办理赔申请，需提供受益人或有权领取保险金的人亲笔签名的《理赔授权委托书》，并注明授权范围，同时提供受益人或有权领取保险金的人、受委托人身份证明原件。

申请项目	应备资料编号	资料内容
意外医疗（门诊）	(1).2.3.5.7.9.(11).15	1. 保单（电子保单无需提供）； 2. 理赔申请书； 3. 被保险人（或出险人）的身份证明，被保人为未成年人或无民事行为能力时，监护人代为申请理赔，需提供监护人身份证明及关系证明； 4. 受益人身份证明、户籍证明、与被保险人的关系证明； 5. 门（急）诊病历； 6. 出院小结（出院记录）； 7. 医疗费用原始凭证、费用清单（处方）、医保结算清单（有医保赔付的客户）； 8. 医疗费用收据复印件； 9. 诊断证明书（医院出具的附有病理检查、血液检验或其他科学检验结果的疾病诊断证明书）； 10. 手术证明； 11. 意外事故证明（除公安机关等第三方介入的情况外，无需提供意外事故证明）； 12. 法医学鉴定书； 13. 死亡证明； 14. 法院出具的宣告死亡证明文件； 15. 申请人银行账户复印件。
意外医疗（住院）	(1).2.3.(5).6.7.9.(11).15	
疾病住院医疗	(1).2.3.(5).6.7.15	
一般住院津贴	(1).2.3.6.8.15	
癌症住院津贴	(1).2.3.6.8.9.15	
手术津贴	(1).2.3.6.8.10.15	
重大疾病	(1).2.3.(6).9.(12).15	
因重大疾病保费豁免	(1).2.3.6.9.(12).(15)	
疾病身故	1.2.(3).4.6.13.15	
因疾病身故的保费豁免	1.2.(3).4.6.13.(15)	
意外身故	1.2.(3).4.(5).6.(11).13.15	
因意外身故的保费豁免	1.2.(3).4.(5).6.(11).13.(15)	
疾病残疾	1.2.3.6.12.15	
意外残疾	1.2.3.(5).6.(11).12.15	
宣告死亡	1.2.(3).4.14.15	

注：1. () 为非必需提供的材料；2. 上述材料申请时须提供原件，如公司经审核只保留复印件的，原件将退还申请人。

4. 理赔申请中有相关疑问如何咨询？

向保险营销员咨询，或拨打本公司全国统一客服热线95542咨询，获得详细的信息。