



405



# 理赔申请书

## 第一部分 申请信息

|            |   |   |   |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------|---|---|---|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 申请人        | 姓名:   | 性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女   | 国籍: <input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他 _____ | 联系电话: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|            | 职业:   | 通讯地址:   | 省/直辖市 市 区/县   |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|            | 证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 户口簿 <input type="checkbox"/> 其他 _____   | 证件号码  |   |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|            | 证件有效期至 年 月 日 或 <input type="checkbox"/> 长期  | 是投保人: <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 _____ |   |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|            | 申请类型: <input type="checkbox"/> 疾病医疗 <input type="checkbox"/> 疾病身故 <input type="checkbox"/> 意外医疗 <input type="checkbox"/> 意外身故 <input type="checkbox"/> 残疾 <input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 其它 |   |   |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|            | 开户银行:   | 开户银行所在省市:   | 省   | 市     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|            | 户名:   | 银行账号:   |   |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 个人税收居民身份声明 | <input type="checkbox"/> 1.仅为本国居民 <input type="checkbox"/> 2.仅为非居民 <input type="checkbox"/> 3.既是中国居民又是其他国家(地区)居民<br>(1.若申请人为未成年人由其监护人进行声明; 2.若选择2、3项请填写个人税收居民身份声明文件。)   |   |   |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|     |   |   |   |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----|---|---|---|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 出险人 | 仅当申请人与出险人非同一人时,请填写以下信息  |   |   |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     | 姓名:   | 性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女   | 国籍: <input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他 _____ | 联系电话: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     | 职业:   | 通讯地址:   | 省/直辖市 市 区/县   |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     | 证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 户口簿 <input type="checkbox"/> 其他 _____ | 证件号码  |   |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     | 证件有效期至 年 月 日 或 <input type="checkbox"/> 长期  | 是投保人: <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 _____ |   |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|      |       |       |       |
|------|-------|-------|-------|
| 出险情况 | 事故日期: | 年 月 日 | 事故地点: |
|      | 事故经过: |       |       |

## 第二部分 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。

## 第三部分 声明授权与签名

- 本人提交的所有相关资料内容均真实、合法,无虚假及重大遗漏,且已阅读并知晓《反保险欺诈提示》。
- 本人授权国宝人寿保险股份有限公司及其委托公司向相关医疗机构、行政司法机关、单位和个人检索、调阅、摘抄、复印任何与理赔申请相关的资料。

申请人(或其监护人)签名:

签署日期:

若您委托他人代办时，请填写以下信息

## 授权委托书

致国宝人寿保险股份有限公司：

本人授权委托 \_\_\_\_\_先生/女士（证件号码：\_\_\_\_\_，联系电话：\_\_\_\_\_）

携带本人及受托人有效身身份证件为办理本次理赔相关事宜，代理权限如下：

办理理赔申请及受领退回的申请材料     受领各类理赔通知书     其他 \_\_\_\_\_

本授权自签署之日起30天内有效。

受托人与委托人的关系是： 保险销售人员     亲属     朋友     其他 \_\_\_\_\_

委托人签名：

签署日期：

受托人签名：

签署日期：

## 温馨提示

尊敬的客户：

为确保您的正当权益，请您仔细阅读理解以下内容：

1. 具有理赔保险金申请权的申请资格人为：

(1) 身故理赔保险金的申请人为身故受益人：

a. 保单指定身故受益人的，申请人为保单指定的身故受益人；

b. 保单未指定身故受益人的，按《中华人民共和国继承法》相关规定，申请人为被保险人的全体继承人。

(2) 非身故理赔保险金的申请人为被保险人。

2. 若申请人为未成年人或无民事行为能力人，由其监护人签名确认，应同时提供监护人的身份证明及监护关系证明。

3. 理赔申请书由享有保险金申请权的申请人签名确认，当身故受益人为继承人或指定身故受益人为两人及以上时，应同时填写《受益人声明》。

## 理赔申请应备资料一览表

| 理赔类型      | 应备资料      | 资料或单证   |
|-----------|-----------|---|
| 门急诊医疗     | 6         | 1.理赔申请书<br>2.转账银行卡或存折复印件<br>3.被保险人或受益人身份证明<br>4.意外事故证明<br>5.受益人与被保人关系证明<br>6.门(急)诊的病历、票据、处方、检查检验报告<br>7.出院小结/出院记录<br>8.住院费用票据、住院费用清单<br>9.诊断证明<br>10.病理、血液等检验报告<br>11.残疾、失能鉴定报告<br>12.死亡证明或户口注销证明 |
| 住院医疗      | 7、8       |   |
| 住院津贴      | 7         |   |
| 重大疾病/疾病末期 | 9、10、(11) |   |
| 残疾/全残     | 11        |   |
| 身故        | 5、12      |   |

应备资料说明：

- \* 若有公安机关等第三方介入的意外事故，应提供意外事故证明。
- \* 部分重大疾病应提供残疾、失能鉴定报告。
- \* 以上为办理理赔申请时所需的基本资料，由于保险事故的具体情况不同，可能还会需要一些与本次理赔相关的其它资料，我公司会及时与您取得联系。