



理 赔 申 请 书 (含资料调阅授权书)

保险合同号: _____

| | | | | | | |
|-------|-------|--|------|--|---------|--|
| 出 险 人 | 姓 名 | | 性 别 | | 联 系 电 话 | |
| | 证件名称 | | 证件号码 | | | |
| | 证件有效期 | | 国 籍 | | 职 业 | |
| | 联系地址 | | | | | |
| | 工作单位 | | 单位地址 | | | |
| | 出险日期 | | 就诊医院 | | | |

| | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|
| 申 请 人 | 申请项目 | <input type="checkbox"/> 住院医疗 <input type="checkbox"/> 住院津贴 <input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 疾病伤残 <input type="checkbox"/> 疾病身故 <input type="checkbox"/> 意外医疗 <input type="checkbox"/> 烧烫伤保险金 <input type="checkbox"/> 意外伤残 <input type="checkbox"/> 意外身故 <input type="checkbox"/> 豁免保费 <input type="checkbox"/> 其他_____ (可复选) | | | | |
| | 递交原始医疗收据(张数)_____张, 收据总金额:_____元, 申请金额:_____元 | | | | | |
| | 申请人 | <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人之继承人 <input type="checkbox"/> 法定代理人或监护人 <input type="checkbox"/> 身故受益人 <input type="checkbox"/> 其他_____ | | | | |
| | (若申请人与出险人为同一人, 无需填写此栏) 姓名: _____ 性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 国籍: _____ 联系地址: _____ 职业: _____ 证件名称: _____ 证件号码: _____ 证件有效期: _____ 联系电话: _____ 电子邮件: _____ 是否委托他人办理理赔申请: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | | | |

| | |
|---------|---|
| 领 款 方 式 | 银行转账信息: 账户户名: _____ 银行账号: _____ 转账银行名称: _____ 账户身份证号: _____ |
|---------|---|

| | |
|-------------|---|
| 保 险 事 故 情 况 | 是否曾通知本公司? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 若是, 请注明通知方式: <input type="checkbox"/> 电话 <input type="checkbox"/> 传真 <input type="checkbox"/> 上门 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 其他_____ |
| | 是否经公安、劳动及卫生等部门处理? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 若是, 处理部门_____ (并请提供事故处理证明材料) |
| | 出险人是否在其它保险公司投保? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 若是, 请注明公司名称: _____ |
| | 事故时间、地点、原因、经过、结果及现状: |

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,保险公司可能不承担赔偿或给付保险金的责任。

声明及授权:

1. 本人在本《理赔申请书》上所填写的内容和提交的资料均真实、合法,并无虚假及重大遗漏,且已阅读并知晓《反保险欺诈提示》。

2. 本人授权国华人寿保险股份有限公司及其代表以本人名义向任何医院、公安机关、保险公司等相关机构及个人了解、索取、复印与本理赔申请相关的资料或证明。

3. 国华人寿保险股份有限公司只负责根据授权人提供的账户进行转账业务,授权人与该账户所有人之间的任何经济纠纷和法律纠纷均与国华人寿保险股份有限公司无关,国华人寿保险股份有限公司概不负责。

申请人签章: _____ 日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

(以下部分由公司填写)

| | | | |
|----------|--|-------|-------------------------|
| 业务员姓名/代码 | | 业务员电话 | |
| 受理人签章 | | 受理日期 | _____ 年 _____ 月 _____ 日 |

理赔申请须知

尊敬的客户：

为确保您的正当权益，在填写《理赔申请书》前，请您仔细阅读以下内容：

一、下列人员可以作为申请人享有保险金给付或保费豁免的请求权：

A. 被保险人 B. 身故受益人 C. 投保人 D. 法定代理人或监护人 E. 被保险人继承人

二、申请期限

1、依照保险法规定，人寿保险保险金的申请期限为知道保险事故发生之日起五年内，人寿保险以外的保险金的申请期限为知道保险事故发生之日起两年内。

2、对于超过申请期限的申请，本公司不再受理。

三、理赔申请所需资料

| 理赔类型 | 事故原因 | 保险事故关联的索赔文件 | |
|--------|------|----------------|---------------|
| | | 常规材料 | 辅助材料 |
| 身故 | 意外 | 1、2、3、6、8、(15) | 9、10、11、14 |
| | 疾病 | 1、2、4、6、8、(15) | 9、10、11、12、14 |
| 残疾(全残) | 意外 | 1、2、3、7、(15) | 9、10 |
| | 疾病 | 1、2、4、7、(15) | 9、10、12 |
| 医疗 | 意外医疗 | 1、2、3、4、5、(15) | 9、10、12、13 |
| | 疾病医疗 | 1、2、4、5、(15) | 9、10、12、13 |
| | 津贴 | 1、2、4、5、(15) | 9、10 |
| 重疾 | 意外 | 1、2、3、4、(15) | 9、10、12 |
| | 疾病 | 1、2、4、(15) | 9、10、12 |

索赔常规材料(常规材料是理赔申请必需的材料,请务必提供,谢谢您的配合):

- 1、保险合同原件;
- 2、被保险人有效身份证件;
- 3、事故证明类资料(相关机关、单位、企业出具的事故、工伤证明书;交通意外的请提供交通事故责任认定书等)
- 4、病历资料(门急诊病历或住院病历、出院小结复印件,诊断证明书原件)
- 5、医疗票据(门急诊、住院医疗费用收据原件;第三方已给付的医疗费用分割单)
- 6、国家卫生行政部门认定的医疗机构、公安部门或其他相关机构出具的被保险人的死亡证明
- 7、伤残鉴定书原件(本公司认可的伤残鉴定机构出具的残疾程度鉴定书)
- 8、受益人身份证明(受益人身份证原件、受益人与出险人关系证明原件)

辅助材料(为了您的理赔申请能快速办理,辅助材料请尽量提供,谢谢您的配合)

- 9、末次保费收据和出险当期保费收据原件
- 10、有关合同变更的批单
- 11、被保险人,受益人户籍证明原件
- 12、能确诊的病理、化验、影像、心电图等检查报告原件/复印件
- 13、费用明细清单原件/复印件
- 14、户口注销证明(由户籍管理部门出具)、宣告死亡证明原件(宣告死亡的,由法院出具)
- ※15、如是委托申请,请提供委托类资料包括:索赔委托书、受托人身份证明原件

四、咨询电话

若您对理赔服务有任何疑问或建议,请拨打咨询电话:95549。