

恒大人寿保险有限公司

理赔申请书

保单号码		投保单位(仅团险索赔填写)				
索赔类别	<input type="checkbox"/> 身故保险金 <input type="checkbox"/> 残疾保险金 <input type="checkbox"/> 重疾保险金 <input type="checkbox"/> 豁免保费 <input type="checkbox"/> 其他_____					
	<input type="checkbox"/> 住院/津贴/意外/门诊医疗保险金(发票张数_____ 发票金额_____ 发票原件: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否)					
申请人	姓名:	性别:	出生日期:	国籍:	职业:	
	证件类型		证件号码		有效期限	
	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_____				电话	
	申请人身份: <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 指定受益人 <input type="checkbox"/> 法定继承人 <input type="checkbox"/> 受益人的监护人					
	联系地址				邮编	
出险人	与申请人是否为同一人: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (如勾选是, 可不填写出险人栏信息)					
	姓名:	性别:	出生日期:	国籍:	职业:	
	证件类型		证件号码		有效期限	
	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_____				电话	
	联系地址				邮编	
事故经过	时间:	地点:	治疗医院:			
	原因和经过:					
报销信息	<input type="checkbox"/> 未经任何形式报销 <input type="checkbox"/> 城镇职工医保 <input type="checkbox"/> 城镇居民医保 <input type="checkbox"/> 新农合 <input type="checkbox"/> 其他_____					
	已报销金额:					
领款方式	<input type="checkbox"/> 银行自动转账 <input type="checkbox"/> 其他方式_____		开户银行			
	账户所有人姓名		银行账号			

反保险欺诈提示

诚信是保险合同基本原则，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。

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。

申请人声明及授权

- 本人已阅读并知晓《反保险欺诈提示》，并承诺申请人之陈述、回答及提交的所有相关材料内容均真实可信。
- 本人授权任何医院、诊所、医生、医疗保险机构、农村合作医疗机构、公安局、派出所、保险公司或相关机构及人士，凡知道或拥有任何有关事故者的健康情况、既往病史、医嘱、诊疗情况、病历、意外细节、相关笔录报告或其他相关资料，均可提供给恒大人寿保险有限公司（以下简称“贵司”）及其代表。本授权之影印本与原件具有同等效力。
- 本人同意贵司向中国保险信息技术管理有限责任公司（简称“中国保信”）报送本人的全部保单信息和理赔信息，并通过医疗机构、中国保信及知悉本人信息的其他机构查询与本人有关的承保、理赔、医疗等信息。中国保信基于为本人或保险公司提供服务的需要可对上述信息进行必要的使用及与相关机构进行信息共享，但均应严格履行保密义务。
- 转账授权声明：本人同意贵司将理赔金转入“理赔申请书”所提供的银行账户中。本人声明上述银行账户信息均真实有效，贵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贵司无关，贵司概不负责。
- 兹声明申请人是该保险合同的保险金受益人、被保险人的法定继承人或法律规定享有保险金请求权的自然人。

特别说明：若非申请人亲自办理，需填写理赔委托授权声明。

投保单位签章：

申请人签名：_____

申请日期：_____

受理人签名：_____

受理日期：_____

理赔委托授权声明

本人系贵公司_____保险合同项下的理赔申请人。

兹委托_____先生/女士至恒大人寿保险有限公司办理相关理赔事宜，具体代理权限：

- 递交理赔申请资料 领取理赔申请资料退件 签订给付协议 领取给付款项
- 其他理赔事宜（请列举_____）。

本委托有效期为____天。（委托日期同本申请书的申请日期。）

受托人 信息	姓名：	性别：	出生日期：	国籍：	职业：
	证件类型		证件号码		有效期限
	与委托人关系： <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他亲属 <input type="checkbox"/> 雇佣关系				电话
	<input type="checkbox"/> 保单代理人 <input type="checkbox"/> 银行专管员 <input type="checkbox"/> 续期服务人员 <input type="checkbox"/> 其他_____				
	联系地址			邮编	

委托人签名：_____

受托人签名：_____