

理赔申请书

出险人信息	保险合同号 (若涉及多份保险合同均需填写) :			
	姓名:	性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	国籍: <input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他_____	职业:
	联系电话:	联系地址:		
	证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他_____	证件号码:	是否在其它公司投保: <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 公司_____	
证件有效期: 年 月 日至 年 月 日/□长期	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_____			
事故信息 申请类别: <input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 全残 <input type="checkbox"/> 伤残 <input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 轻症 <input type="checkbox"/> 豁免 <input type="checkbox"/> 医疗 <input type="checkbox"/> 特种疾病 <input type="checkbox"/> 失能 <input type="checkbox"/> 其他_____ 事故时间: 年 月 日 治疗医院: 事故地点: 出险原因: <input type="checkbox"/> 意外 <input type="checkbox"/> 疾病 事故原因、经过及诊疗过程:				
申请人1信息	与出险人关系: <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他_____	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_____		
	姓名:	性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	国籍: <input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他_____	职业:
	联系电话:	联系地址:		
	证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他_____	证件号码:	是否仅为本国税收居民: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	证件有效期: 年 月 日至 年 月 日/□长期	身份类型: <input type="checkbox"/> 指定受益人 <input type="checkbox"/> 法定受益人 <input type="checkbox"/> 受益人的监护人		
	领取方式: <input type="checkbox"/> 转账 <input type="checkbox"/> 授权转账 (授权申请人之一代为转账领取不需要填写银行信息)	户名: 银行账号: 开户银行 (详细到分行):		
申请人2信息	与出险人关系: <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他_____	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_____		
	姓名:	性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	国籍: <input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他_____	职业:
	联系电话:	联系地址:		
	证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他_____	证件号码:	是否仅为本国税收居民: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	证件有效期: 年 月 日至 年 月 日/□长期	身份类型: <input type="checkbox"/> 指定受益人 <input type="checkbox"/> 法定受益人 <input type="checkbox"/> 受益人的监护人		
	领取方式: <input type="checkbox"/> 转账 <input type="checkbox"/> 授权转账 (授权申请人之一代为转账领取不需要填写银行信息)	户名: 银行账号: 开户银行 (详细到分行):		
申请人3信息	与出险人关系: <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他_____	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_____		
	姓名:	性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	国籍: <input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他_____	职业:
	联系电话:	联系地址:		
	证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他_____	证件号码:	是否仅为本国税收居民: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	证件有效期: 年 月 日至 年 月 日/□长期	身份类型: <input type="checkbox"/> 指定受益人 <input type="checkbox"/> 法定受益人 <input type="checkbox"/> 受益人的监护人		
	领取方式: <input type="checkbox"/> 转账 <input type="checkbox"/> 授权转账 (授权申请人之一代为转账领取不需要填写银行信息)	户名: 银行账号: 开户银行 (详细到分行):		
申请人4信息	与出险人关系: <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他_____	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_____		
	姓名:	性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	国籍: <input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他_____	职业:
	联系电话:	联系地址:		
	证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他_____	证件号码:	是否仅为本国税收居民: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	证件有效期: 年 月 日至 年 月 日/□长期	身份类型: <input type="checkbox"/> 指定受益人 <input type="checkbox"/> 法定受益人 <input type="checkbox"/> 受益人的监护人		
	领取方式: <input type="checkbox"/> 转账 <input type="checkbox"/> 授权转账 (授权申请人之一代为转账领取不需要填写银行信息)	户名: 银行账号: 开户银行 (详细到分行):		

注: 若申请人超过四人或委托事项不一致, 请另行填写《授权委托书》。

理赔授权委托书

受托人信息	说明：签署本授权委托时，应同时提供委托人与受托人的身份证明。					
	身份信息： <input type="checkbox"/> 申请人1 <input type="checkbox"/> 申请人2 <input type="checkbox"/> 申请人3 <input type="checkbox"/> 申请人4 <input type="checkbox"/> 其他_____					
	若受托人为申请人之一，则下列受托人信息可不填写。					
	姓名：	性别：	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	国籍：	<input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他_____	职业：
	联系电话：	联系地址：			证件类型： <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
	证件号码：	证件有效期起期： 年 月 日至 年 月 日/长期			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：_____	

本人现委托上述受托人就出险人_____（证件号码_____）理赔事宜作为我的代理人，并同意其代理权限如下：

- | | |
|------------------|--|
| 1. 理赔申请及申请撤销 | <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 |
| 2. 理赔申请材料的交接 | <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 |
| 3. 理赔决定通知的领取 | <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 |
| 4. 理赔款项的领取★ | <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 |
| 5. 理赔协议的签署 | <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 |
| 6. 其他理赔相关事项_____ | |

★根据监管规定“保险代理业务人员和保险营销员不得接受被保险人或受益人委托代领保险金”，故如您委托代理人办理理赔，请对授权项“4. 理赔款项的领取”勾选“不同意”。

领款户名：_____ 开户银行名称：_____ 银行账号：_____

授权期间：_____年_____月_____日至_____年_____月_____日

反保险欺诈提示

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。

声明及授权

- 本人已阅读并知晓《反保险欺诈提示》，并声明以上陈述均为事实，并无虚假及重大遗漏；
- 本人承诺本人或受托人提供的信息资料真实有效，并已核对无误。因本人或受托人提供的信息资料错误导致的一切后果，财信吉祥人寿保险股份有限公司不承担责任；
- 本人同意贵公司因业务需要有搜集、计算机处理、传递被保险人之个人资料的权利。同意贵公司及提供本理赔服务之必要委托的第三方合作机构向医疗机构、行政司法机关、其他组织机构、社会团体、单位和个人，了解、检索、调阅、摘抄、复印或其他方式获取所有理赔相关资料，本人愿承担由此产生的一切法律责任。本授权之影印件亦属有效；
- 本人同意贵公司向司法及监管机构、有权机关、行业协会、中国银行保险信息技术管理有限公司（简称“中国银保信”）、再保公司报送被保人的全部保单信息和保全、理赔信息，通过医疗机构、中国银保信或指定的第三方合作机构（详见财信吉祥人寿保险股份有限公司官网链接：https://life.hnchasing.com/privacy_policy）核实提交信息真实性，核查获取与被保人有关的承保、理赔、医疗等信息。同意因理赔录入服务需要将理赔信息共享至理赔录入服务外包合作商；
- 中国银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。
- 本人已扫描二维码，认真阅读财信吉祥人寿保险股份有限公司理赔申请须知。

本人确认上述信息及授权委托均为如实填写，为本人的真实意愿。本人承诺，由此产生的的一切法律后果由本人承担。



申请人1签名： 日期： 年 月 日 申请人2签名： 日期： 年 月 日

申请人3签名： 日期： 年 月 日 申请人4签名： 日期： 年 月 日

受托人签名： 日期： 年 月 日

