

申请人资格见背面“理赔申请须知”

为确保您能及时收到理赔短信和各类理赔函件，请填写正确有效的手机号码和详细联系地址

# 理赔申请表（个/团/银/电销等业务通用）

单证编码：90401

保险合同号（多张保单请一并填写）

申请人	姓名：王xx	性别：男	年龄：38	国籍：中国	职业：教师
	证件类型：身份证	证件有效期至：xxxx年xx月xx日	证件号码：x x x x x x x x x x x x x x x x x x		
	电子邮箱：xx_xx@163.com	移动电话（短信通知用）：139xxxxxxxx			
	联系地址：xx省/直辖市xx市xx区/县xxxx（具体地址）	邮编：123456			
	申请人身份： <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 被保险人/受益人的监护人 <input checked="" type="checkbox"/> 指定受益人 <input type="checkbox"/> 法定继承人 <input type="checkbox"/> 其他				

被保险人与申请人是同一人时，此栏可以不填。

被保险人	姓名：张xx	性别：女	年龄：32	国籍：中国	职业：职员
	证件类型：身份证	证件有效期至：xxxx年xx月xx日	证件号码：x x x x x x x x x x x x x x x x x x		

保险 事故 信息	事故发生时间：xxxx年xx月xx日xx时	事故地点：马甸高速公路口东北角	被保险人现状：身故
	就诊时间：xxxx年xx月xx日	就诊医院：xx医院	医院诊断：重度颅脑损伤
	是否经公安、交通、劳动及卫生部门处理： <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		处理部门：西城交警支队
	事故描述（疾病症状、事故经过、受伤部位、受伤程度）： 意外描述举例：xxxx年xx月xx日xx时驾车从某地开往某地的路上，在xx路段与一大货车发生碰撞，当场死亡。 疾病描述举例：xxxx年xx月xx日xx时因胸痛到安贞医院就诊，诊断为急性心梗，住院治疗15天，于xxxx年xx月xx日出院。		
	初次发病时间：xxxx年xx月xx日	初次就诊时间：xxxx年xx月xx日	初次就诊医院：xx医院

可填写“身故”“残疾”“痊愈”“治疗中”或“治疗结束”

被保险人在其他保险公司投保人身保险：否 是 承保公司名称（中国人寿、泰康人寿

如在多家保险公司投保，请全部填写

申请事项	<input checked="" type="checkbox"/> 意外医疗 <input type="checkbox"/> 住院医疗 <input type="checkbox"/> 医疗津贴 <input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 身故给付 <input type="checkbox"/> 残疾给付 <input type="checkbox"/> 豁免保费 <input type="checkbox"/> 其他
------	--

保险金 支付方式	<input type="checkbox"/> 领取现金	人民币500元以下可委托他人代领，请填写背面授权委托书并在领款时出示受托人身份证明原件。
	<input checked="" type="checkbox"/> 银行转账	开户银行：xx银行xx分行 账户所有人：王xx 银行账号：x x x x x x x x x x x x x x x x x x

“申请事项”可多选

## 反保险欺诈提示

为确保您能及时收到理赔款，选择银行转账时，请提供本人银行卡/存折复印件

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。

## 申请人声明及授权

- 兹声明本人之陈述、回答及提交的相关材料内容均真实可信，可作为保险公司理赔的依据。
- 本人授权任何医院、诊所、医生、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，均可提供给中银三星人寿保险有限公司及其代表。
- 本人授权贵公司依照上述保险金支付方式支付保险金，如因本人提供的付款信息错误导致付款不成功的，贵公司不承担相应责任。
- 根据保险监管部门规定，以现金方式给付的保险金不得由保险代理机构、保险代理业务人员和保险营销员代领，本人已知晓。
- 本人已阅读并了解反保险欺诈提示语句和《理赔申请须知》的相关内容。

申请人亲笔签名：王xx 投保单位签章： 申请日期：xxxx年xx月xx日

（委托他人时也请申请人亲笔签名）

保单服务人员签名：李xx 服务人员工号：1200080xxxxx 联系电话：139xxxxxxxx

温馨提示：请您仔细阅读申请表背面内容，以了解更多理赔信息。



