



NO.C2026021507285602

CA00101

## 理 赔 申 请 书

申请人信息 (委托人)	申请人身份 <input type="checkbox"/> 出险人 <input type="checkbox"/> 监护人 <input type="checkbox"/> 身故受益人 <input type="checkbox"/> 其他 姓名 <span style="float: right;">性别: <input type="checkbox"/>男 <input type="checkbox"/>女</span> 出生日期 <span style="float: right;">年 <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;"> </span> 月 <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;"> </span> 日</span> 证件类型: <input type="checkbox"/> 居民身份证 <input type="checkbox"/> 临时居民身份证 <input type="checkbox"/> 户口簿 <input type="checkbox"/> 出生医学证明 <input type="checkbox"/> 中国人民解放军军官证 <input type="checkbox"/> 中国人民解放军士兵证 <input type="checkbox"/> 中国人民武装警察部队警官证 <input type="checkbox"/> 中国人民武装警察部队士兵证 <input type="checkbox"/> 人民警察证 <input type="checkbox"/> 台湾居民来往大陆通行证 <input type="checkbox"/> 港澳居民来往内地通行证 <input type="checkbox"/> 港澳居民居住证 <input type="checkbox"/> 台湾居民居住证 <input type="checkbox"/> 外交护照 <input type="checkbox"/> 公务护照 <input type="checkbox"/> 公务普通护照 <input type="checkbox"/> 普通护照 <input type="checkbox"/> 外国人永久居留身份证 <input type="checkbox"/> 外国护照 <input type="checkbox"/> 外国人永久居留证																	
	证件号码															国籍	职业	
	证件有效期	年	月	日	至	年	月	日	长期									
	联系地址	省 市 区/县 乡/镇/街道																
	电子邮箱	联系方式																
	若出险人与申请人为同一人, 出险人信息栏免填写。																	
出险人信息	姓名 <span style="float: right;">性别: <input type="checkbox"/>男 <input type="checkbox"/>女</span> 出生日期 <span style="float: right;">年 <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;"> </span> 月 <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;"> </span> 日</span> 证件类型: <input type="checkbox"/> 居民身份证 <input type="checkbox"/> 临时居民身份证 <input type="checkbox"/> 户口簿 <input type="checkbox"/> 出生医学证明 <input type="checkbox"/> 中国人民解放军军官证 <input type="checkbox"/> 中国人民解放军士兵证 <input type="checkbox"/> 中国人民武装警察部队警官证 <input type="checkbox"/> 中国人民武装警察部队士兵证 <input type="checkbox"/> 人民警察证 <input type="checkbox"/> 台湾居民来往大陆通行证 <input type="checkbox"/> 港澳居民来往内地通行证 <input type="checkbox"/> 港澳居民居住证 <input type="checkbox"/> 台湾居民居住证 <input type="checkbox"/> 外交护照 <input type="checkbox"/> 公务护照 <input type="checkbox"/> 公务普通护照 <input type="checkbox"/> 普通护照 <input type="checkbox"/> 外国人永久居留身份证 <input type="checkbox"/> 外国护照 <input type="checkbox"/> 外国人永久居留证																	
	证件号码															国籍	职业	
	证件有效期	年	月	日	至	年	月	日	长期									
	联系地址	省 市 区/县 乡/镇/街道																
	电子邮箱	联系方式																
	索赔类别: <input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 疾病(重症/中症/轻症/特疾) <input type="checkbox"/> 医疗 <input type="checkbox"/> 伤残 <input type="checkbox"/> 护理																	
出险信息	事故原因: <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 意外 <input type="checkbox"/> 非意外							事故时间 <span style="float: right;">年 <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;"> </span> 月 <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;"> </span> 日</span>										
	事故地点\就诊医院:																	
	事故经过(简略):																	
委托授权声明 (若您有授权事项, 请务必认真填写《委托授权声明》)	受托人姓名 <span style="float: right;">性别: <input type="checkbox"/>男 <input type="checkbox"/>女</span> 出生日期 <span style="float: right;">年 <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;"> </span> 月 <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;"> </span> 日</span> 证件类型: <input type="checkbox"/> 居民身份证 <input type="checkbox"/> 临时居民身份证 <input type="checkbox"/> 户口簿 <input type="checkbox"/> 出生医学证明 <input type="checkbox"/> 中国人民解放军军官证 <input type="checkbox"/> 中国人民解放军士兵证 <input type="checkbox"/> 中国人民武装警察部队警官证 <input type="checkbox"/> 中国人民武装警察部队士兵证 <input type="checkbox"/> 人民警察证 <input type="checkbox"/> 台湾居民来往大陆通行证 <input type="checkbox"/> 港澳居民来往内地通行证 <input type="checkbox"/> 港澳居民居住证 <input type="checkbox"/> 台湾居民居住证 <input type="checkbox"/> 外交护照 <input type="checkbox"/> 公务护照 <input type="checkbox"/> 公务普通护照 <input type="checkbox"/> 普通护照 <input type="checkbox"/> 外国人永久居留身份证 <input type="checkbox"/> 外国护照 <input type="checkbox"/> 外国人永久居留证																	
	证件号码															国籍	职业	
	证件有效期	年	月	日	至	年	月	日	长期									
	联系地址	省 市 区/县 乡/镇/街道																
	电子邮箱	联系方式																
	与委托人关系 <input type="checkbox"/> 亲属: <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 保单代理人 <input type="checkbox"/> 其他:																	
	委托事项: <input type="checkbox"/> 提交索赔申请资料 <input type="checkbox"/> 受领退回的申请资料 <input type="checkbox"/> 接收理赔决定通知 <input type="checkbox"/> 领取理赔款																	
	1、受托人保证授权人的签名为亲笔签名, 如有纠纷受托人自愿承担相应责任;																	
	2、受托人在授权有效期内代为办理委托, 严格遵照授权人的真实意愿, 所实施的行为如有超出授权范围, 受托人自愿承担相应责任;																	
	3、本人同意民生人寿保险股份有限公司将理赔金转入《委托授权声明》中所提供的银行账户, 同意承担因银行账户提供错误而导致转账错误或者失败而产生的法律、经济责任。																	
4、本委托有效期至 年 月 日。																		
授权人签名(签章): 日期: 受托人签名(签章): 日期: (若本声明无法满足业务办理需求, 可额外提供委托授权声明, 效力等同本申请书中的“委托授权声明”)																		
领取信息	领款方式: <input type="checkbox"/> 转账 <input type="checkbox"/> 现金							账户标记: <input type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 自然人										
	开户行							户名										
	银行账号																	

## 保险欺诈风险示警

诚信原则是保险合同的基本原则，若违反诚信原则实施保险欺诈，应当依据《中华人民共和国刑法》和《中华人民共和国保险法》等有关规定承担法律责任：【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、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，以保险诈骗的共犯论处。【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】进行保险诈骗活动以及故意或因重大过失未履行如实告知义务的，保险公司可能不承担赔偿或给付保险金的责任。

## 身份证件核查的告知

我司将在办理理赔业务时对申请人、出险人、受益人、受托人、领款人的身份证件类型、证件号码和证件有效期等信息进行真实性、有效性核实。

## 其他授权与声明

1. 本人声明理赔申请书上所填写内容真实详尽，并已经阅读和知晓《保险欺诈风险提示》。

2. 本人同意民生人寿保险股份有限公司亲自或可委托第三方公司对本次理赔申请进行调查与取证，内容包括但不限于对本次理赔申请所涉及的保险事故及其相关事件、损失进行调查与取证、对于单证材料的真实性、有效性、合理性调查与取证、对保险事故中相关当事人调查与取证。

3. 本人授权任何医疗机构、保险公司或其它机构、以及一切熟悉出险人身体健康状况的人士，均可以将出险人身体健康状况的相关情况及资料向民生人寿保险股份有限公司或本公司委托的第三方公司如实提供。本授权的影印件亦属有效。

申请人签名：

申请时间：

受理人员签名：

受理时间：

## 理赔须知

尊敬的用户：

您好！

感谢您对我公司的支持。为了充分保证您的权益、提高理赔效率，请您在申请理赔时按以下说明进行办理：

1、当发生合同约定的保险事故时，请您于三日内拨打我司全国统一客服电话95596进行理赔报案，我们将为您提供理赔指引服务。

2、请用户按照保险合同约定在本公司规定的医疗机构就诊，若出险人因情况紧急必须立即就医的除外（情况紧急且必须立即就诊的情形将依据出险人的实际情况酌定）。若因情况紧急必须立即就诊于非本公司认可医院的，应在就诊后三日内通知保险公司，并根据病情好转情况或病情稳定后及时转入指定医院进行后续治疗，否则会承担因未在规定医疗机构就诊而造成的不利后果。

3、在检查治疗及事故处理过程中，请您及时收集和妥善保存保险合同中约定的理赔材料：

出险类型	申请所需材料	材料内容
医疗	1、2、3、4、8、9	1、理赔申请书 2、受益人的有效身份证明和关系证明 3、住院病历（包含出院小结或出院记录等内容）或门急诊病历、诊断证明书 4、医疗费用原始凭证、费用清单/处方、结算单/第三方给付证明 5、病理报告及其他检查报告 6、死亡证明、户籍注销证明、丧葬证明 7、法医学鉴定书或医院鉴定诊断书 8、受益人银行账户 9、申请权利人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度有关的证明文件和资料 10、未成年人投保信息声明书
疾病	1、2、3、5、8、9	
身故	1、2、6、8、9、10	
伤残	1、2、7、8、9	

注：

(1) 由于保险事故的具体情况不同及各地区差异，可能在办理理赔业务时需提供一些其他辅助资料，如需其他材料理赔部门会及时与您取得联系。

(2) 出险人生存时的受益人一般情况下为本人。身故时的受益人为保单载明的身故受益人，若保单未指定身故受益人应提供出险人所有法定继承人的身份证明及关系证明；受益人为未成年人的，应提供其监护人的身份证明和关系证明。关系证明是能够证明继承人身份的有效身份证明文件，例如户口本、公证书或其他能够证明出险人与受益人关系的文书。若无法提供有效关系证明的，需填写《法定继承人声明表》并由所有法定继承人填写。

(3) 委托他人代为办理理赔业务的，应提供代办人的身份证明。

(4) 能够证明事故性质的其他资料：对于一般摔伤等简单事故，无须提供意外事故证明，但须提供明确记载了外伤诊治经过的医学病历材料。其他事故中若有公安机关等第三方介入的情况，例如交通事故须提供交通管理部门出具的《交通事故责任认定书》；被打伤或遭受抢劫受伤等事故，应提供公安机关出具的"事故证明"或"报案证明"；如因此发生了法律诉讼，应提供人民法院的"判决书"或"裁决书"等，具体资料视事故情况而定。

(5) 我公司指定或认可的医疗机构标准均以保险合同中约定的为准。除合同中另有约定外，医疗机构一般指中华人民共和国境内（港、澳、台地区除外）合法经营的二级及以上非营利性医疗机构。这些医疗机构必须具备符合国家有关医院管理规则设置标准的医疗设备，且全天二十四小时有合格医师及护士住院提供医疗及护理服务。特需医疗、外宾医疗、干部病房、疗养院、护理院、康复中心、戒酒或戒毒中心、精神心理治疗中心以及无相应医护人员或者设备的二级或三级医院的联合医院或联合病房均不在此列。