

理 赔 申 请 表

编号：CLM/T04/02

第一部分：被保险人/理赔申请人信息

保险合同编号		被保险人姓名：		性别：	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 军官证 <input type="checkbox"/> 其他	证件号码				
通讯地址：			出生年月：			
目前职业： 工作单位/就读学校：			被保险人是否在其他保险公司投保人身保险：	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
理赔申请人姓名：			与被保险人关系：			
证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 军官证 <input type="checkbox"/> 其他	证件号码				
通讯地址：			联系电话：			

第二部分：理赔申请信息（若内容较多表格不够填写，可另附纸）

索赔项目： <input type="checkbox"/> 医疗保险金 <input type="checkbox"/> 住院津贴保险金 <input type="checkbox"/> 身故保险金 <input type="checkbox"/> 残疾保险金 <input type="checkbox"/> 重大疾病保险金 <input type="checkbox"/> 豁免保费 <input type="checkbox"/> 其他_____	
事故原因： <input type="checkbox"/> 意外 <input type="checkbox"/> 疾病	索赔是否已获社会保障先期赔付？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
意外事故时间：_____ 地点：_____	索赔是否已获其他第三方赔付？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
意外事故经过（详述事故发生的原因、伤情及结果）：	赔付机构：_____
	事故是否经有关部门处理？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	处理部门：_____
疾病首诊医院：_____ 首诊日期：_____ 首诊症状：_____	事故处理结论：_____
随诊就诊医院：_____ 入院日期：_____ 出院诊断：_____	经办人姓名：_____ 联系电话：_____

第三部分：授权委托信息

委 托 授 权 书	受托人姓名		联系方式	
	证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他	证件号码	
	委托内容	1、向贵公司递交理赔申请资料及受领退回的申请资料 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 2、接受贵公司的理赔决定通知 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 说明：签署本授权时，应同时提供委托人与授权人的身份证原件与复印件		

第四部分：保险金支付

通过以下**授权帐户**领取（需一并提供相关帐号联复印件）

帐户姓名：	身份证号码：
授权银行名称：	授权帐户号码：

- 授权帐户必须为保险合同规定有权领取保险款项的主体本人所有（以下简称“领款人”），且本转帐授权协议仅限于本次申请。
- 领款人仅对保险合同规定的保险款项具有受领权，对于领款人不具有受领权而获取的保险款项，同方全球人寿有权向领款人索回。
- 领款人同意同方全球人寿不对授权帐户的失窃或冒领负责；领款人同意在发生因授权帐户终止或者不符同方全球人寿对保险款项银行给付的帐户要求而导致给付不成功的情况下，同方全球人寿有权改用其他方式发放保险款项。

第五部分：反保险欺诈提示


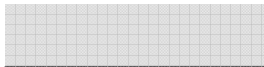
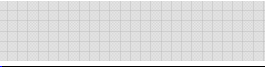
请您与我们一同杜绝以下骗取保险金的行为：

- 故意虚构保险标的；
- 对发生的保险事故编造虚假的原因或者夸大损失的程度；
- 编造未曾发生的保险事故；
- 故意造成财产损失的保险事故；
- 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。

第六部分：授权与声明

- 本人声明以上陈述均为事实，并无虚假及重大遗漏，且已阅读并知晓《反保险欺诈提示》。
- 本人授权与本索赔申请相关或记录相关人员健康情况的任何医生、医疗机构，或了解本申请相关情况及其资料的所有个人或机构，均可将本申请表中的资料细节提供给同方全球人寿保险有限公司。
- 本部分中第二项的所有人员出具的书面证明以及本公司要求的所有索赔申请资料均被视为成立，并作为索赔证据的一部分。

 被保险人/受益人签字	 理赔申请人签字
 受托人签字	_____年____月____日 日期

被保险人、受益人身份识别信息表

◆ 根据[2007]中国人民银行、银监会、证监会、保监会 2 号令《金融机构客户身份识别和客户身份资料及交易记录保存管理办法》的执行要求，请被保险人及所有保险金受益人在申请理赔时配合如实填写以下身份识别信息表的内容。

◆ 填写指引

1. **非被保险人身故的理赔申请，仅需填写被保险人信息；被保险人身故的理赔申请，需同时填写被保险人和所有身故受益人信息**
2. 证件类型栏需填写如“身份证”、“护照”、“军官证”、“户口本”、“出生证”等有效身份证明文件的类型
3. 证件有效期需填写前述身份证明文件上载明的证件有效期，如身份证背面的有效期；无有效期的证件无需填写有效期

身份	姓名	性别	年龄	国籍	职业	户籍住址、常住地址或工作地址	联系电话	证件类型	证件号码	证件有效期
被保险人 (必填)										
身故保险金 受益人一										
身故保险金 受益人二										
身故保险金 受益人三										
身故保险金 受益人四										
身故保险金 受益人五										
身故保险金 受益人六										

索赔保险单编号：_____ 索赔人签字：_____ 填写日期：_____年____月____日