



理 赔 申 请 表

单证条形码粘贴处

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 国籍：_____
证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 出生证明 <input type="checkbox"/> 其他	证件号码	
通讯地址：_____省_____市_____县/区_____乡镇/街道_____村委组/小区/门牌号 联系电话：_____			
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 承保公司：_____	
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"/> 出生证明 <input type="checkbox"/> 其他	证件号码	
通讯地址：_____省_____市_____县/区_____乡镇/街道_____村委组/小区/门牌号 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"/> 身故 <input type="checkbox"/> 残疾 <input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 轻症疾病 <input type="checkbox"/> 豁免保费 <input type="checkbox"/> 护理 <input type="checkbox"/> 失能 <input type="checkbox"/> 医疗 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
事故原因： <input type="checkbox"/> 意外 <input type="checkbox"/> 疾病 意外事故时间：_____ 地点：_____	索赔是否已获社会保障先期赔付？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 索赔是否已获其他第三方赔付？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 赔付机构：_____
意外事故经过（请详述事故发生的原因、伤情及结果）： 首诊医院：_____ 首诊日期：_____ 出院诊断：_____	

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）	
领款人帐户姓名：	身份证号码：_____
是否为税收居民： <input type="checkbox"/> 仅为中国税收居民 <input type="checkbox"/> 仅为非中国税收居民 <input type="checkbox"/> 既为中国税收居民又是其他国家税收居民	
授权银行名称：	授权帐户号码：_____
1. 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。 2. 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。 3. 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：授权与声明

1. 本人声明以上陈述均为事实，并无虚假及重大遗漏。 2. 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。 3. 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。	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> 被保险人/受益人签字
	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> 理赔申请人签字 _____年____月____日
	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> 受托人签字

身故受益人身份识别信息表

◆ 被保险人_____身份证件号码为_____于_____年___月___日身故，索赔保险合同编号为_____，因上述保险合同在投保时未指定身故受益人，如本案属保险责任，本公司将根据有关法律规定，向身故受益人给付身故保险金。为维护您的合法权益，避免不必要的纠纷，请如实填写下表（如果受益人已身故，请在备注中注明身故时间），并提供您的身份证明及您与被保险人的相互关系证明：

与被保险人关系	姓名	与投保人关系	性别	国籍	职业	住址	联系电话	证件类型	证件号码	证件有效期	是否生存
配偶											<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
父亲											<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
母亲											<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
子女 共（ ）人											<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
											<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
											<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
备注：											

◆ 本表所有签署人郑重声明：
 以上信息均真实有效，继承人无遗漏，且被保险人生前未立下遗嘱、遗赠以及遗赠抚养协议等法律文书，如以上内容与事实情况不符或有其他继承人及利害关系人就保险合同下的受益权利，或因保险金领取发生任何纠纷或法律责任，均由本表所有签署人处理并承担，与贵公司无关。

继承人签名（18周岁以下未成年人及无民事行为能力人，由其法定监护人签名）：
 _____、_____、_____、_____、_____、_____

签署日期：_____年___月___日