



版本: 201810

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: 国籍: _____				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	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 赔付机构: _____
意外事故经过（请详述事故发生的事故起因、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"/> 仅为本国税收居民 <input type="checkbox"/> 仅为非本国税收居民 <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：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。											
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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。
- 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 _____ 赔申请人签字 _____
_____ 年 _____ 月 _____ 日
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