



## 招商信诺人寿保险有限公司

总公司地址：深圳市深南大道 7088 号招商银行大厦 31 楼 邮政编码：518040

热线电话：400-888-8288 传真号码：400-888-8299



## 身故索赔申请表

## 理赔提示：

- \* 请受益人详细填写表格，阅读反保险欺诈提示后，在表格下方签名。
- \* 请准备好索赔资料，邮寄到：深圳市深南大道 7088 号招商银行大厦 31 楼招商信诺人寿保险有限公司理赔部收，邮编 518040。如需其他资料，我们会立即与您联系。祝您安康！
- \* 注 1：请注明受益人的身份证件有效期限，并提供身份证的正、反两面复印件。
- \* 注 2：请尽量提供手机号码，以便我们及时短信通知您理赔相关事宜。
- \* 注 3：请务必填写受益人的具体职务内容，若没有职业信息请填写无。
- \* 注 4：为使您的理赔款支付顺利，请按要求提供受益人本人的账号和开户行详细名称（具体到支行）
- \* 注 5：为使您的理赔顺利进行，请所有受益人务必在签字栏处亲笔签名；如受益人未满 18 周岁，则由监护人填写。

索赔项目  意外身故保险金  与机动车辆有关的意外身故保险金  豁免保险费  
 乘坐公共交通工具意外身故保险金  (非意外)身故保险金

保单编号：\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## 客户基本资料(以下信息为必填项)

投保人姓名 \_\_\_\_\_ 证件号码 \_\_\_\_\_ 与被保险人关系  本人  配偶  父母  子女  兄弟姐妹  
 被保险人姓名 \_\_\_\_\_ 性别  男  女 国籍  中国  其他 \_\_\_\_\_ 出生日期 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 证件类型  居民身份证  其它 \_\_\_\_\_ 证件号码 \_\_\_\_\_ 有效期限 (\*注 1) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 住所/单位地址 \_\_\_\_\_ 联络电话 (\*注 2) \_\_\_\_\_ 职业 (\*注 3) \_\_\_\_\_  
 回邮地址(若没有填写,则默认住所/单位地址) \_\_\_\_\_ 被保险人电子邮件 \_\_\_\_\_

## 出险概况

1. 出险原因  意外  疾病 2. 出险/住院时间 \_\_\_\_\_ 3. 地点 \_\_\_\_\_ 省 \_\_\_\_\_ 市 \_\_\_\_\_ 区/县 \_\_\_\_\_
4. 如属意外事故请选择交通工具  汽车  摩托车  其它 \_\_\_\_\_ 被保险人在事故中属于  行人  驾驶员  乘客
5. 如属疾病请填写：过去曾被诊断的疾病 \_\_\_\_\_ 诊断日期 \_\_\_\_\_ 是否曾住院治疗： 是  否
6. 疾病发生过程/意外事故经过 \_\_\_\_\_
7. 此次出险就诊医院与科别 \_\_\_\_\_ 医生姓名 \_\_\_\_\_ 联系方式 \_\_\_\_\_
8. 调查或处理该事故的机构名称 \_\_\_\_\_ 联系电话 \_\_\_\_\_ 报案/立案编号 \_\_\_\_\_

其他资料 如因本事故向其它保险公司索赔，请告知保险公司名称 \_\_\_\_\_ 险种 \_\_\_\_\_ 索赔项目 \_\_\_\_\_

## 受益人资料

	受益人一	受益人二	受益人三
姓名			
与被保人关系			
性别和国籍	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 / <input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其它	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 / <input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其它	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 / <input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其它
证件类型	<input type="checkbox"/> 居民身份证 <input type="checkbox"/> 其它	<input type="checkbox"/> 居民身份证 <input type="checkbox"/> 其它	<input type="checkbox"/> 居民身份证 <input type="checkbox"/> 其它
证件号码			
有效期限 (*注 1)	_____ 年 _____ 月 _____ 日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	_____ 年 _____ 月 _____ 日
住所/单位地址			
联系电话 (*注 2)			
职业 (*注 3)			
收款账号			
开户行 (*注 4)	_____ 银行 _____ 分行 _____ 支行	_____ 银行 _____ 分行 _____ 支行	_____ 银行 _____ 分行 _____ 支行

## 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。

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，保险公司可能不承担赔偿或给付保险金的责任。

客户及相关当事人同意及授权保险公司，若参与或实施保险欺诈行为，保险公司有权将其相关理赔信息纳入保险行业共享范围。

## 声明及授权

- 1、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》。
- 2、本人授权被保险人接受过治疗或住院或具有被保险人健康情况记录的任何医生、医院、诊所、公安、保险公司或任何组织，均可将该事故、意外或疾病的细节、被保险人的健康情况、过往的病历、医嘱，以及任何住院、治疗、病历的详细资料提供给贵公司及其所委托的合作机构。本人愿意承担由此产生的一切法律后果。此授权书的影印本与正本具有同样效力。
- 3、本人了解并同意所填写的理赔申请书，并不代表贵公司已承诺向本人履行赔偿责任。

受益人签名 (\*注 5)：\_\_\_\_\_

签署日期：\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日