



\* 受益人需提供金融机构的营业执照、组织机构代码证、税务登记证、负责人的身份证明和授权办理业务人员的身份证件、授权书。  
 \* 根据国家税务总局发布的《非居民金融账户涉税信息尽职调查管理办法》的要求，请填写《机构税收居民身份声明文件》，可在我司官网、微信公众号【招商信诺在线】下载。  
 \* 请准备好理赔申请资料，**邮寄到：山东省济南市历城区临港开发区瑞康医药工业园区行政楼五楼招商信诺理赔收件中心，电话：0531-82319897。**  
 \* 如果您有任何疑问，请致电我司客服专线 95362，我们将有专人为您提供各项保险服务。

<b>保单编号：</b> /		(以下信息均为必填项，请用正楷字、黑色或蓝黑色墨水笔填写，所有勾选事项请以“√”表示)	
<b>理赔类型：</b> <input type="checkbox"/> 意外身故保险金 <input type="checkbox"/> 非意外身故保险金			
<b>被 保 人</b>	<b>姓名：</b> _____		<b>性别：</b> <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	<b>国籍：</b> <input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 美国 <input type="checkbox"/> 其他国家		<b>出生地：</b> <input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 美国 <input type="checkbox"/> 其他国家
	<b>证件类型：</b> <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其它		<b>证件号码：</b> _____
	<b>工作行业：</b> _____	<b>职务：</b> _____	<b>证件有效期：</b> _____年 _____月 _____日-- _____年 _____月 _____日
	<b>工作单位或学校：</b> _____		<b>电子邮箱：</b> _____
	<b>联系电话：</b> _____	<b>住所</b> (如与经常居住地不一致，请填写经常居住地)： _____	
<b>受 益 人</b>	<b>机构名称：</b> _____		<b>所在地址：</b> _____
	<b>组织机构代码：</b> _____		<b>税务登记号：</b> _____
	<b>经营范围：</b> _____		
	<b>执照、证件或者文件名称</b> (可证明该机构依法设立或者可依法开展经营、社会活动)： _____		
	<b>证件号：</b> _____	<b>证件有效期限：</b> _____年 _____月 _____日-- _____年 _____月 _____日	
	<b>控股股东或者实际控制人：</b> _____	<b>证件类型：</b> <input type="checkbox"/> 居民身份证 <input type="checkbox"/> 其它： _____	
	<b>证件号：</b> _____	<b>证件有效期限：</b> _____年 _____月 _____日-- _____年 _____月 _____日	
<b>法定代表人：</b> _____	<b>证件类型：</b> <input type="checkbox"/> 居民身份证 <input type="checkbox"/> 其它： _____		
<b>证件号：</b> _____	<b>证件有效期限：</b> _____年 _____月 _____日-- _____年 _____月 _____日		
<b>负责人：</b> _____	<b>证件类型：</b> <input type="checkbox"/> 居民身份证 <input type="checkbox"/> 其它： _____		
<b>证件号：</b> _____	<b>证件有效期限：</b> _____年 _____月 _____日-- _____年 _____月 _____日		
<b>领款机构名称：</b> _____ (为保证款项及时到账，请务必完整填写开户银行信息，身故案件请参照身故受益人信息表填写。)			
<b>银行账号</b>	_____	<b>开户银行：</b> _____ 银行 _____ 分行 _____ 支行	
<b>回邮地址：</b> _____ 省 _____ 市 _____ 区	<b>联系电话：</b> _____		
<b>出险概况</b>			
<b>原因：</b> <input type="checkbox"/> 意外 <input type="checkbox"/> 疾病 <b>时间：</b> _____ <b>地点：</b> _____ 省 _____ 市 _____ 区/县 _____ (场所) <b>就诊医院：</b> _____			
<b>经过：</b> _____			
如属于交通事故请选择交通工具： <input type="checkbox"/> 汽车 <input type="checkbox"/> 摩托车 <input type="checkbox"/> 其它： _____ 被保险人在事故中属于： <input type="checkbox"/> 行人 <input type="checkbox"/> 驾驶员 <input type="checkbox"/> 乘客			
调查及处理该事故的机构名称： _____ 被保险人是否在其他公司投保或理赔： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 承保公司： _____			
被保险人是否已在第三方获赔： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 获赔金额： _____ 第三方： <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 保险公司 <input type="checkbox"/> 其它： _____			
<b>反保险欺诈提示</b>			
最大诚信是保险合同基本原则，保险欺诈将承担以下责任： <b>【刑事责任】</b> 进行保险诈骗犯罪活动，将会受到最高十年以上有期徒刑，并处罚金或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（详见《刑法》第198条）。 <b>【行政责任】</b> 进行保险诈骗活动，尚不构成犯罪的，将会受到15日以下的拘留、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，也会受到相应行政处罚（详见全国人大常委会《关于惩治破坏金融秩序犯罪的决定》第16、21条）。 <b>【民事责任】</b> 故意或因重大过失未履行如实告知义务，或者投保人、被保险人故意制造保险事故的，保险公司不承担赔偿或给付保险金的责任；以伪造、变造的有关证明、资料或者其他证据，编造虚假的事故原因或者夸大损失程度的，保险公司对其虚报的部分不承担赔偿或给付保险金的责任。（详见《保险法》第16、27条）。			
<b>声明及授权</b>			
1、本人的陈述与事实确实无误，且已阅读并知晓《反保险欺诈提示》，若本人参与或实施保险欺诈行为，保险公司有权将相关理赔信息纳入保险行业共享范围。 2、本人授权被保险人接受过治疗或住院或具有他/她的健康情况的任何医生、医院、诊所，以及所有了解有关情况的个人及机构均可将意外的细节、他/她的健康情况、过往病状，以及任何住院、治疗、疾病或不适、病历详细资料提供给保险公司及保险公司授权的机构和人员。所有相关书面证明，以及本申请书所规定的各种资料等，本人愿意承担由此产生的一切法律责任，本授权声明之影印件亦有效。 3、本人同意保险公司的赔偿款项通过银行成功转账至本人领款账户则视为本人已收到该笔赔偿款项。 4、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。 5、本人同意授权招商信诺使用或向第三方机构提供本人的相关信息，用于履行保险合同、提供服务、推荐其他产品或服务、数据分析或处理、市场调查、监管机构或行业协会要求和法律法规要求。除监管机构或行业协会以外，招商信诺承诺要求合作机构承担保密义务。			
<b>授权办理人员姓名：</b> _____		<b>证件类型：</b> <input type="checkbox"/> 居民身份证 <input type="checkbox"/> 其它： _____	
<b>证件号码：</b> _____		<b>证件有效期限：</b> _____年 _____月 _____日-- _____年 _____月 _____日	
<b>公章：</b> _____		<b>签署日期：</b> _____年 _____月 _____日	