

# 理赔申请表

(信托公司专用)



保险合同编号: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

- 受益人需提供信托公司营业执照正副本、金融许可证, 法定代表人、负责人、授权办理业务人员的有效身份证件复印件(并加盖信托公司章), 以及合法有效的授权办理凭证等。
- 如果您有任何疑问, 请致电我司客服热线95362, 我们将有专人为您提供各项保险服务。

(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)

理赔类型 <input type="checkbox"/> 意外身故保险金 <input type="checkbox"/> 非意外身故保险金	
被保险人	姓名: _____ 性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	国籍: <input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 美国 <input type="checkbox"/> 其他国家 _____ 出生地: <input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 美国 <input type="checkbox"/> 其他国家 _____
	证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 户口本 <input type="checkbox"/> 其他 _____ (成年人提供身份证, 仅未成年人可提供户口本) 证件号码: _____
	职业: _____ 联系电话: _____ 证件有效期: _____ 年 月 日-- _____ 年 月 日/ <input type="checkbox"/> 长期
	住所或工作地址: _____ 省 _____ 市 _____ 区/县 _____ 乡/镇/街道 _____ 门牌号/区组 _____
	是投保人的(关系声明): <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他 _____
受益人	机构名称: _____ 电子邮箱: _____
	经营范围: _____
	机构地址: _____ 省 _____ 市 _____ 区/县 _____ 乡/镇/街道 _____ 门牌号/区组 _____
	执照、证件或者文件名称(可证明该机构依法设立或者可依法开展经营、社会活动): _____
	证件号码: _____ 证件有效期: _____ 年 月 日-- _____ 年 月 日/ <input type="checkbox"/> 长期
	法定代表人姓名: _____ 证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他 _____
	证件号码: _____ 证件有效期: _____ 年 月 日-- _____ 年 月 日/ <input type="checkbox"/> 长期
	负责人: _____ 证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他 _____
	证件号码: _____ 证件有效期: _____ 年 月 日-- _____ 年 月 日/ <input type="checkbox"/> 长期
	授权办理业务人员姓名: _____ 证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他 _____
证件号码: _____ 证件有效期: _____ 年 月 日-- _____ 年 月 日/ <input type="checkbox"/> 长期	
联系电话: _____	
如涉及6个以上的信托受益人, 请使用另一张《理赔申请表》补充信托受益人信息。如果您有任何疑问, 请致电我公司客服热线95362。	
信托受益人(一) 姓名: _____ 证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 户口本 <input type="checkbox"/> 其他 _____ (成年人提供身份证, 仅未成年人可提供户口本) 联系电话: _____	
证件号码: _____ 证件有效期: _____ 年 月 日-- _____ 年 月 日/ <input type="checkbox"/> 长期	
住所或工作地址: _____ 省 _____ 市 _____ 区/县 _____ 乡/镇/街道 _____ 门牌号/区组 _____	
信托受益人(二) 姓名: _____ 证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 户口本 <input type="checkbox"/> 其他 _____ (成年人提供身份证, 仅未成年人可提供户口本) 联系电话: _____	
证件号码: _____ 证件有效期: _____ 年 月 日-- _____ 年 月 日/ <input type="checkbox"/> 长期	
住所或工作地址: _____ 省 _____ 市 _____ 区/县 _____ 乡/镇/街道 _____ 门牌号/区组 _____	
信托受益人(三) 姓名: _____ 证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 户口本 <input type="checkbox"/> 其他 _____ (成年人提供身份证, 仅未成年人可提供户口本) 联系电话: _____	
证件号码: _____ 证件有效期: _____ 年 月 日-- _____ 年 月 日/ <input type="checkbox"/> 长期	
住所或工作地址: _____ 省 _____ 市 _____ 区/县 _____ 乡/镇/街道 _____ 门牌号/区组 _____	

受益人	信托受益人(四)姓名:	证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 户口本 <input type="checkbox"/> 其他	(成年人提供身份证, 仅 未成年人可提供户口本)	联系电话:
	证件号码:	<input type="text"/>	证件有效期:	年 月 日-- 年 月 日/ <input type="checkbox"/> 长期
	住所或工作地址:	_____省_____市_____区/县_____乡/镇/街道_____门牌号/区组_____		
	信托受益人(五)姓名:	证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 户口本 <input type="checkbox"/> 其他	(成年人提供身份证, 仅 未成年人可提供户口本)	联系电话:
	证件号码:	<input type="text"/>	证件有效期:	年 月 日-- 年 月 日/ <input type="checkbox"/> 长期
	住所或工作地址:	_____省_____市_____区/县_____乡/镇/街道_____门牌号/区组_____		
信托受益人(六)姓名:	证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 户口本 <input type="checkbox"/> 其他	(成年人提供身份证, 仅 未成年人可提供户口本)	联系电话:	
证件号码:	<input type="text"/>	证件有效期:	年 月 日-- 年 月 日/ <input type="checkbox"/> 长期	
住所或工作地址:	_____省_____市_____区/县_____乡/镇/街道_____门牌号/区组_____			

机构税收居民身份:  
(详见《机构税收居民身份声明文件》说明部分)  
仅为中国税收居民  是  否 (需要另行填写《机构税收居民身份声明文件》, 可在我公司官网www.cignacmb.com、微信公众号“招商信诺”下载。)  
领款机构名称: \_\_\_\_\_

银行账号:  开户银行: \_\_\_\_\_ (请填写完整的银行名称)

### 出险概况

原因:  意外  疾病 时间: \_\_\_\_\_ 地点: \_\_\_\_\_省\_\_\_\_\_市\_\_\_\_\_区/县\_\_\_\_\_ (场所) 就诊医院: \_\_\_\_\_  
经过: \_\_\_\_\_  
如属于交通事故, 被保险人在事故中属于:  行人  驾驶员  乘客 如属于驾驶员或乘客请选择交通工具:  汽车  摩托车  其它: \_\_\_\_\_  
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:  否  是 承保公司: \_\_\_\_\_  
被保险人是否已在第三方获赔:  否  是 获赔金额: \_\_\_\_\_ 第三方:  社保  保险公司  其它: \_\_\_\_\_

### 反保险欺诈提示

最大诚信是保险合同基本原则, 保险欺诈将承担以下责任:  
【刑事职责】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)。  
【行政职责】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)。  
【民事职责】故意或因重大过失未履行如实告知义务, 或者投保人、被保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)。

### 声明及授权

1. 本公司的陈述与事实确实无误, 且已阅读并知晓《反保险欺诈提示》, 若本公司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. 本公司知晓并同意, 本公司提供的个人信息包括姓名、性别、国籍、职业、住所地或者工作单位地址、联系方式、身份证件或者身份证明文件的种类、号码和有效期限、生物识别信息、健康生理信息等信息。
3. 本公司同意并授权, 为履行保险合同, 提供理赔服务等目的, 保险公司及其授权的机构和个人可向为保险公司提供服务所必须的合作商、社会医疗保险或新型农村合作医疗保险机构、公安机关、司法鉴定机构、医疗机构、保险公司及再保险公司、其他金融机构等有关机构以及一切熟悉被保险人健康、生活、经济状况、相关事故的人士检索、调阅、摘抄、复印其他方式, 获取任何本公司或被保险人与理赔申请相关的资料。本公司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。
4. 本公司同意并授权, 保险公司有权使用或向为保险公司提供服务所必须的合作商提供本公司的上述个人信息, 用于履行保险合同、提供保单服务。
5. 本公司同意并授权, 为履行法定义务, 保险公司可将本公司提供的信息提供给司法机关、中国人民银行、保险业监管机构及其派出机构等监管机构或其指定的第三方、保险行业协会、同业公会等相关机构组织。
6. 本公司知悉并同意, 保险公司会尽最大努力合理保护个人信息, 并要求合作机构承担相应的保密义务。
7. 本公司同意保险公司的赔偿款项通过银行成功转账至本公司提供的领款账户则视为本公司已收到该笔赔偿款项。
8. 本公司知悉并同意, 本次提交的被保险人姓名、性别、出生日期、证件号码、证件类型、证件有效期、国籍、职业相关信息、税收身份相关信息若与保险公司原留存信息不一致, 保险公司可同步更新上述信息, 并同意保险公司作上述授权使用。

信托公司盖章: \_\_\_\_\_ 盖章日期: \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日