

理赔申请表



* 申请人一般指保单受益人。理赔身故保险金时，如涉及2个以上的受益人，请使用另一张《理赔申请表》补全身故受益人信息，并填写《身故受益人信息表》“个人税收居民身份”部分。
* 身故保险金受益人若为指定受益人，则该指定受益人按照指定比例享有受益金份额；若未指定受益人，则由其法定继承人享有相等的受益份额。
* 如涉及理赔委托事宜，请完整填写理赔委托授权声明，务必提供受托人的有效身份证明；如涉及多个委托人，请使用另一张《理赔申请表》填写理赔委托授权声明。
* 请参照理赔资料对照表，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。

保单编号: / (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: 住院/手术 门诊医疗 伤残 重大疾病/特定疾病/癌症 意外身故 非意外身故 其它: _____

Applicant Information Form: 姓名, 性别, 与被保险人关系, 国籍, 出生地, 证件类型, 证件号码, 工作行业, 职务, 证件有效期, 工作单位或学校, 电子邮箱, 联系电话, 住所

Insured Person Information Form: 姓名, 性别, 国籍, 出生地, 证件类型, 证件号码, 工作行业, 职务, 证件有效期, 工作单位或学校, 电子邮箱, 联系电话, 住所

回邮地址 (若未填写, 以申请人住所为准): 省 市 区

领款人: (为保证款项及时到账, 请务必完整填写开户银行信息, 如受益人未满18周岁, 需提供监护人的领款账户。身故案件请在背面《身故受益人信息表》中填写。)

Bank Information Form: 银行账号, 开户银行: 银行 分行 支行

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:

(如意外, 请简述事故原因及经过; 如疾病, 请简述疾病名称、首次确诊日期、诊疗经过及出入院日期; 如身故, 请填写身故时间及原因)

如属于交通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

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:

理赔授权委托声明

现申请人 委托 (证件类型: 证件号: 联系电话:) 办理委托事项: 办理理赔手续(不包括领取保险金), 其它 委托人与受托人关系:

委托期限: 自签字之日起至上述事项办完为止。

委托人亲笔签名: 受托人亲笔签名: 签署日期: 年 月 日

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:

【刑事责任】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)。

【行政责任】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)。

【民事责任】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)。

声明及授权

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。

4、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。

5、本人了解并同意所填写的《理赔申请表》, 并不代表贵公司已承诺向本人履行赔偿责任。

被保险人亲笔签名: 签署日期: 年 月 日

所有受益人亲笔签名: 签署日期: 年 月 日

(所有受益人均需签名, 如被保险人/受益人未满18周岁, 则由监护人签名)

