

出险人信息

出险人姓名：		证件类型： <input type="checkbox"/> 居民身份证 <input type="checkbox"/> 军官证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 户口本 <input type="checkbox"/> 其他：_____									
证件有效期限：		证件号码									
性别：_____	国籍：_____	职业：_____			与投保人关系： <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：_____						
固定电话：_____			手机：_____			电子邮件：_____					
常住地址：_____省/直辖市_____市_____区/县_____											

出险经过

时间：_____年 月 日 时	地点：_____
详细经过：(如曾住院, 请填写住院信息, 如: 医院名称、疾病诊断名称等。如事故原因为意外, 请详述事故经过)	

保险金权利人(受益人或继承人)信息 同出险人(若受益人为出险人本人, 可免填本栏)

姓名：		证件类型： <input type="checkbox"/> 居民身份证 <input type="checkbox"/> 军官证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 户口本 <input type="checkbox"/> 其他：_____									
证件有效期限：		证件号码									
性别：_____	国籍：_____	职业：_____			与投保人关系： <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：_____						
与被保险人关系： <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：_____											
固定电话：_____			手机：_____			电子邮件：_____					
常住地址：_____省/直辖市_____市_____区/县_____											
帐户名：(如帐户名与权利人或其监护人不为同一人, 请另填授权委托书)											
开户银行：						开户地(省/市)：					
帐 户 号：											

姓名：		证件类型： <input type="checkbox"/> 居民身份证 <input type="checkbox"/> 军官证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 户口本 <input type="checkbox"/> 其他：_____									
证件有效期限：		证件号码									
性别：_____	国籍：_____	职业：_____			与投保人关系： <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：_____						
与被保险人关系： <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：_____											
固定电话：_____			手机：_____			电子邮件：_____					
常住地址：_____省/直辖市_____市_____区/县_____											
帐户名：(如帐户名与权利人或其监护人不为同一人, 请另填授权委托书)											
开户银行：						开户地(省/市)：					
帐 户 号：											

姓名：		证件类型： <input type="checkbox"/> 居民身份证 <input type="checkbox"/> 军官证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 户口本 <input type="checkbox"/> 其他：_____									
证件有效期限：		证件号码									
性别：_____	国籍：_____	职业：_____			与投保人关系： <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：_____						
与被保险人关系： <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：_____											
固定电话：_____			手机：_____			电子邮件：_____					
常住地址：_____省/直辖市_____市_____区/县_____											
帐户名：(如帐户名与权利人或其监护人不为同一人, 请另填授权委托书)											
开户银行：						开户地(省/市)：					
帐 户 号：											

姓名:	证件类型: <input type="checkbox"/> 居民身份证 <input type="checkbox"/> 军官证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 户口本 <input type="checkbox"/> 其他: _____														
证件有效期限:	证件号码														
性别: _____	国籍: _____	职业: _____	与投保人关系: <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: _____												
		与被保险人关系: <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: _____													
固定电话: _____	手机: _____	电子邮件: _____													
常住地址: _____省/直辖市 _____市 _____区/县 _____															
帐户名: _____ (如帐户名与权利人或其监护人不为同一人, 请另填授权委托书)															
开户银行: _____								开户地 (省/市): _____							
帐户号:															

其它需说明事项

--

反欺诈提示:

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。

声明及授权

- 1、上述权利人保证理赔申请书所填写的内容真实。
- 2、上述权利人同意并授权中荷人寿保险有限公司 (以下简称贵公司) 向任何医生、医院、诊所、保险公司、合作医疗组织、政府机构或任何其它组织查询、调阅、摘抄、复印与理赔申请相关及与出险人健康状况相关的资料, 或索取证明材料, 上述权利人愿承担由此产生的一切法律责任。
- 3、上述权利人知晓除由贵公司经正式程序修改或批注的内容外, 其它任何人的口头及书面陈述, 报告或合约, 贵公司不需负任何责任。
- 4、上述权利人授权贵公司将本次理赔金或其他费用按保单约定或法定份额分别转入每一权利人的指定帐户, 由权利人或其授权人过错导致的付款不成功, 未及时, 或未全额收取相关款项的, 贵公司不承担责任。
- 5、理赔业务授权委托 (如为委托他人办理理赔业务请填写, 同一理赔申请只接受委托于一位受托人)

权利人 _____ 授权 (受托人姓名) _____
 (身份证号: _____) (移动电话: _____)
 (通讯地址及邮编 _____)

(为不为贵公司保险代理人) 至贵公司办理 (请勾选): 办理理赔申请、受领退回的申请材料及受领理赔结论通知; 签订理赔协议。

保险金权利人暨授权人签字: _____ 受托人签字: _____

(如权利人为未成年人, 请其法定监护人签字)

签署日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 签署日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

※ 保险金权利人如超过七人, 请另填《理赔申请书 (附页)》
 如受托人为我公司代理人或团体保险业务, 请代理人填写下述内容

代理人工号	代理人姓名	联系电话
-------	-------	------

理赔申请所需材料及交接清单

理赔申请基本材料（所有种类理赔申请均需提供）

申请材料类型	说明	原件	复印件
理赔申请书原件		共 页	
出险人（被保险人或投保人）身份证明	如出险人已身故，可提供出险人户籍注销证明原件。	共 页	共 页
保险合同原件		共 页	共 页
权利人（受益人/继承人）身份证明 权利人（受益人/继承人）与出险人之关系证明	如权利人为无或限制民事行为能力人，还需该权利人的法定监护人身份证明及与该权利人关系证明。	共 页	共 页
继承份额证明	如为继承人领取保险金，还需提供公证机关或国家司法机关出具的写明继承人范围及继承份额的公证书或判决书。	共 页	共 页
领款证明复印件	权利人（受益人/继承人）的银行账户复印件。	共 页	共 页
驾驶执照及行车执照原件	如出险人为驾驶机动车出险需提供。	共 页	共 页
授权委托书、受托人身份证明	如权利人（受益人/继承人）委托他人代为办理理赔有关事项，均需提供。	共 页	共 页
其它证明材料	权利人所能提供的，可帮助证明事故性质、原因或结果的其它证明文件。	共 页	共 页

保险事故证明材料（请勾选本次申请的理赔项目，并提供对应所需材料）

证明文件类型	说明	原件	复印件	理赔申请项目（请勾选）												
				<input type="checkbox"/> 意外门诊医疗费用报销	<input type="checkbox"/> 住院费用报销	<input type="checkbox"/> 住院补贴	<input type="checkbox"/> 住院手术补贴	<input type="checkbox"/> 门诊手术补贴	<input type="checkbox"/> 身故保险金	<input type="checkbox"/> 全残或残疾保险金	<input type="checkbox"/> 重大疾病保险金	<input type="checkbox"/> 生命末期保险金	<input type="checkbox"/> 保费豁免 WPA	<input type="checkbox"/> 保费豁免 WP	<input type="checkbox"/> 保费豁免 WPB	
<input type="checkbox"/> 出院小结		共 页	共 页		✓	✓	✓									
<input type="checkbox"/> 诊断书（或诊断证明）	须盖有诊断专用章。	共 页	共 页	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<input type="checkbox"/> 医疗费用收据原件	须有税讫章。 如在其它单位已有报销，可提供复印件，并同时提供第三方报销证明原件。	共 页	共 页	✓	✓	✓	✓	✓								
<input type="checkbox"/> 治疗费用明细	各类治疗费及用药明细（用药处方，或用药费用明细）。	共 页	共 页	✓	✓	✓	✓	✓								
<input type="checkbox"/> 治疗证明原件	门/急诊手册原始件；住院病历复印件；其它化验检查报告。	共 页	共 页	✓				✓								
<input type="checkbox"/> 意外事故证明	意外事故证明（如交通事故责任认定书，公安机关证明等，视具体案件性质而定）。	共 页	共 页	✓	※	※										
<input type="checkbox"/> 死亡证明	医疗机构（或公安部门）出具的死亡诊断书或验尸证明书；或被保险人宣告死亡，须提供人民法院出具的宣告死亡证明文件。	共 页	共 页						✓				✓			
	火化证明，殡葬或丧葬证明。	共 页	共 页						✓				✓			
<input type="checkbox"/> 残疾证明	由我们指定或认可的医疗机构或医师出具的残疾鉴定证明。	共 页	共 页							✓					✓	
<input type="checkbox"/> 生命末期诊断证明	由我们指定或认可的医疗机构出具的认定被保险人处于生命末期的医疗诊断书及相关的病历资料。	共 页	共 页										✓			
<input type="checkbox"/> 重大疾病证明	由我们指定或认可的医疗机构的专科医师出具的疾病诊断书及相关所必需的检查结果证明（如病理检查报告、血液检查报告、超声波、影像学及其它医学诊断检查报告等），若接受外科手术者，还需提供手术记录。	共 页	共 页									✓				✓
<input type="checkbox"/> 手术证明	手术记录。	共 页	共 页					✓	✓							

※ 如因意外而致保险事故，需提供意外事故证明。

★ 据合同条款约定，被保险人申请住院前后门/急诊补贴，需提供门/急诊病历原件及对应的原始费用票据；申请紧急救护车使用补贴的，需提供使用紧急救护车原始费用票据。

其它：_____ 原件/复印件共 _____ 页

交件人签字：_____

收件人签字：_____

收件日期：_____