



中荷人寿
BOB-CARDIF LIFE

中荷人寿保险有限公司 理赔申请书

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)

权利人姓名:		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:										
			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_____													

领款信息

账户名: _____ (如账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):							
账户号:		_____											

其他需说明事项

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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、上述权利人为提供保险服务的需要, 同意并授权中荷人寿保险有限公司(以下简称贵公司): 通过知悉出险人本人信息的任何机构(包括但不限于医生、医院、诊所、保险公司、合作医疗组织、政府机构等)查询、调阅、摘抄、复印与出险人本人有关的全部信息(包括但不限于投保、承保、理赔、医疗信息等); 贵公司及与贵公司具有必要合作关系的机构均可对上述信息进行合理的使用。为确保信息安全, 贵公司及与贵公司具有必要合作关系的机构应采取有效措施并承担保密义务。

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)_____

(身份证号码: _____) (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一人, 请另填《理赔申请书(附页)》

如受托人为我公司在职代理人, 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	理赔申请书需提供 原件 。	共 页	/
保险合同	如出险人的保险事故达到其保险合同应作终止的条件，则需提供保险合同 原件 ；其他情形，提供保险合同首页复印件即可。	共 页	共 页
出险人（被保险或投保人）身份证明	如出险人身故，可用其户籍注销证明 原件 作为身份证明。	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）与出险人之间关系证明	如权利人为无或限制民事行为能力人，还需提供该权利人的法定监护人身份证明及与该权利人之间关系证明。	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	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	如出险人为驾驶机动车出险，需提供相应的驾驶执照及行车执照 原件 。	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
其他证明材料	权利人所能提供的，可帮助证明事故性质、原因或结果的其他证明文件。	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"/> 医疗费用保险金	<input type="checkbox"/> 住院补贴保险金	<input type="checkbox"/> 手术补贴保险金	<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"/> 护理保险金	<input type="checkbox"/> 保费豁免 ▲	<input type="checkbox"/> 其他保险金 ◆		
<input type="checkbox"/> 治疗证明	门/急诊手册原件；住院病历（含出院记录/出院小结）原件；其他化验检查报告。	共 页	共 页	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/> 诊断书（或诊断证明）	须盖有诊断专用章。	共 页	共 页	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 医疗费用收据原件	须有税讫章；如在其他单位已有报销，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 checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/> 医疗费用明细	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 checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>									
<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"/> 手术证明	手术记录。	共 页	共 页			<input checked="" type="checkbox"/>									
<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，需提供人民法院出具的宣告死亡证明文件。	共 页	共 页				<input checked="" type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/> 残疾证明	由我们指定或认可的医疗机构出具的残疾鉴定证明。	共 页	共 页					<input checked="" type="checkbox"/>							
<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、影像学及其他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 checked="" type="checkbox"/>						
<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状态的医疗诊断及相关的病历资料。	共 页	共 页							<input checked="" type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> 失能状态证明	由我们指定或认可的医疗机构出具的佐证被保险人处于失能状态的疾病诊断及相关的病历资料。	共 页	共 页								<input checked="" type="checkbox"/>				

☆：以上，如涉及门/急诊，需提供门/急诊手册+门/急诊医疗费用收据+门/急诊医疗费用明细；如涉及住院，需提供住院病历+住院医疗费用收据+住院医疗费用明细。

★：以上，如属于由意外导致的保险事故，需提供意外事故证明。

●：重大疾病保险金项目包含：轻症、中症、特定、重大疾病等类型的保险金；重大疾病证明是指对应的轻症、中症、特定、重大疾病等疾病的证明，主要为该项疾病诊断及治疗时形成的病历资料。

▲：据保险合同条款约定，如以出险人死亡为豁免条件的，应提供死亡证明；如以出险人残疾为豁免条件的，应提供残疾证明；如以出险人罹患疾病为豁免条件的，应提供疾病证明；如以出险人生命末期为豁免条件的，应提供生命末期诊断证明。

◆：如涉及前述理赔申请项目未尽项目，请根据保险合同条款约定的“申请保险金应提供的材料”进行勾选。

其他：_____ 原件/复印件共 页

交件人签字：

收件人签字：

收件日期：