



理赔申请书

反保险欺诈提示

诚信是保险合同基本原则，根据相关法律规定，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，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。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。
- （行政责任）进行保险诈骗活动，尚不构成犯罪的，可能会受到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，也会受到相应的行政处罚。
- （民事责任）故意或因重大过失未履行如实告知义务，保险公司不承担赔偿或给付保险金的责任。

被保险人资料：

姓名		性别		出生日期		与投保人关系		与受益人关系	
联系地址	省/直辖市/自治区		市	区/县	乡镇/街道	门牌号/村组	邮编		
证件类型		证件号码				有效期至	年 月 日 / <input type="checkbox"/> 长期		
职业		国籍				联系电话			

申请人资料（若申请人为被保险人本人则无需填写）：

姓名		性别		出生日期		与投保人关系			
联系地址	省/直辖市/自治区		市	区/县	乡镇/街道	门牌号/村组	邮编		
证件类型		证件号码				有效期至	年 月 日 / <input type="checkbox"/> 长期		
职业		国籍				联系电话			
申请人身份	<input type="checkbox"/> 指定受益人 <input type="checkbox"/> 法定继承人 <input type="checkbox"/> 监护人 <input type="checkbox"/> 其他：_____								

如保险金领款人非被保险人本人或非受益人本人，请填写领款人信息：

与 <input type="checkbox"/> 被保险人 / <input type="checkbox"/> 受益人 关系 <input type="checkbox"/> 监护 <input type="checkbox"/> 劳动 <input type="checkbox"/> 其它（请说明）：									
姓名/名称		性别		出生日期		行业		职业	
联系地址	省/直辖市/自治区		市	区/县	乡镇/街道	门牌号/村组	邮编		
证件类型		证件号码				有效期至	年 月 日 / <input type="checkbox"/> 长期		
国籍		联系电话				电子邮箱			

理赔委托授权声明

现委托_____先生/女士（证件类型：_____，证件号码：_____，联系方式：_____，联系地址：_____）前往建信人寿保险股份有限公司办理有关保单理赔申请事宜，并同意其代理权限为 递交理赔申请及受领退回的申请材料 。本委托有效期为_____天。（委托日期同本申请书的申请日期。）	
受托人与委托人关系	<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母
委托人签名：_____	受托人签名：_____

申请理赔项目及相关保险合同资料：

保险合同编号	申请项目类型（可以复选）
	<input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 全残、伤残 <input type="checkbox"/> 重疾、特疾 <input type="checkbox"/> 门急诊 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 津贴 <input type="checkbox"/> 豁免保费 <input type="checkbox"/> 生命末期
	<input type="checkbox"/> 失业失能 <input type="checkbox"/> 个人账户保险金 <input type="checkbox"/> 其他：_____

保险事故（包括意外伤害、疾病或身故）资料：

事故原因	<input type="checkbox"/> 意外 <input type="checkbox"/> 疾病	事故发生日期：_____年_____月_____日_____时
保险事故详细情况：（事故地点、原因、经过、损伤程度及诊疗经过等）：		

理赔申请人声明与授权：

- 本人声明以上陈述均为事实，并无虚假及重大遗漏，且已阅读并知晓《反保险欺诈提示》。费用补偿型医疗保险本人承诺未在其他保险机构或第三方获得补偿，或已在本次索赔中已递交相应的结算单原件。
- 本人授权建信人寿保险股份有限公司从任何医院、保险公司、公安机关或任何上述未提及之组织单位和个人，获取或了解有关被保险人或投保人任何投保前及投保后就医、投保、理赔、违法犯罪记录以及其他任何与本人投保、理赔相关之资料。本人愿意承担由此授权所产生的法律责任。
- 本人同意贵公司向中国银行保险信息技术管理有限公司（简称“中国银保信”）报送本人的全部保单信息和理赔信息，并通过医疗机构、中国银保信及知悉本人信息的其他机构查询与本人有关的承保、理赔、医疗等信息。中国银保信基于为本人或保险公司提供服务的需要可对上述信息进行必要的使用及与相关机构进行信息共享，但均应严格履行保密义务。
- 本声明与授权的复印件与原件具有同等效力，申请人的继承人或受让人不可撤销或废止此项授权而仍需受此项授权约束，本声明与授权的复印件与原件具有同等效力。

理赔申请人签名：_____	日期：_____年_____月_____日
保险业务员签名：_____	工号：_____ 业务单位代码：_____ 直接联系电话：_____

