

# 理 赔 申 请 书

保险合同号码: \_\_\_\_\_

为保证您的正当权益请您认真填写下表内容

|   |  |   |      |    |      |                   |                   |
|---|--|---|------|----|------|-------------------|-------------------|
| 申请人信息   | 姓名                                     |   | 性别   |    | 证件类型 |                   |                   |
|   | 移动电话                                   |   | 固定电话 |    | 证件号码 |                   |                   |
|   | 联系地址                                   | 省 市 区/县   |      |    | 电子邮箱 |                   |                   |
|   | 身份类型                                   | <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 指定受益人 <input type="checkbox"/> 被保险人的继承人 <input type="checkbox"/> 监护人 <input type="checkbox"/> 其他: _____ |      |    |      |                   |                   |
|   | 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: _____  |      |    |      |                   |                   |
|   | 个人税收居民身份                               | <input type="checkbox"/> 仅为中国大陆税收居民 <input type="checkbox"/> 仅为非居民 <input type="checkbox"/> 既是中国大陆税收居民又是其他税收管辖区居民   |      |    |      |                   |                   |
|   | 领款账户                                   | 开户行   |      | 户名 |      | 账号                |                   |
|   | 理赔金达到1万元人民币请填写本行并填写附件                  |   | 国籍   |    | 职业   |                   | 证件有效期 _____ 年 月 日 |
| 被保险人信息  | <b>提示: 若被保险人与申请人为同一人, 被保险人信息栏可免填写。</b> |   |      |    |      |                   |                   |
|   | 姓名                                     |   | 性别   |    | 证件类型 |                   |                   |
|   | 移动电话                                   |   | 固定电话 |    | 证件号码 |                   |                   |
|   | 联系地址                                   | 省 市 区/县   |      |    | 电子邮箱 |                   |                   |
|   | 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: _____  |      |    |      |                   |                   |
| 理赔金达到1万元人民币请填写本行  |  | 国籍  |      | 职业 |      | 证件有效期 _____ 年 月 日 |                   |
| <b>被保险人经常就诊的医院</b>  |  |   |      |    |      |                   |                   |
| 被保险人是否在其他公司持有人身保险? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否, 如是, 请提供下列信息:<br>公司名称: _____ 购买险种: _____ 保险金额: _____ |  |   |      |    |      |                   |                   |
| 出险概况  | 出险时间                                   |   | 出险地点 |    |      |                   |                   |
|   | 索赔类型                                   | <input type="checkbox"/> 住院津贴 <input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 残疾 <input type="checkbox"/> 其他: _____                                      |      |    |      |                   |                   |
|   | 出险经过说明                                 |   |      |    |      |                   |                   |

### 理赔委托授权声明

现委托 \_\_\_\_\_ 先生/女士前往贵公司办理有关保单申请项下事宜, 本委托有效期为 \_\_\_\_\_ 天。

|              |        |  |      |  |
|--------------|--------|--|------|--|
| 受托人身份信息      | 姓名     |  | 联系方式 |  |
|              | 证件类型   |  | 证件号码 |  |
|              | 与委托人关系 | <input type="checkbox"/> 销售人员 <input type="checkbox"/> 亲戚 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 其他: _____ |      |  |
| 委托人签名: _____ |        | 受托人签名: _____   |      |  |

### 反保险欺诈提示

**诚信是保险合同基本原则, 涉嫌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。

### 其他声明与授权

- 1、 本人声明理赔申请书上所填写内容真实详尽, 并已经阅读和知晓《反保险欺诈提示》。
- 2、 本人授权任何医疗机构、保险公司或其它机构、以及一切熟悉被保险人、投保人身体健康状况之人士, 均可以将被保险人、投保人身体健康状况之资料向瑞泰人寿如实提供。本授权之影印件亦属有效。
- 3、 为提供保险服务的需要, 本人授权: 瑞泰人寿可通过知悉本人信息的机构查询与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); 瑞泰人寿及与其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, 瑞泰人寿及其合作机构应采取有效措施并承担保密义务。
- 4、 转账授权声明: 本人同意瑞泰人寿保险有限公司将理赔金转入理赔申请书所提供的领款账户中。本人声明上述银行账户确为申请人本人的账户, 开户行名称、户名和账号均真实有效, 本人同意承担因银行账户提供错误导致转账失败或错误而产生的法律、经济责任。

申请人签名: \_\_\_\_\_

申请日期: \_\_\_\_\_

# 理 赔 须 知

尊敬的客户，您好！

感谢您对我公司的支持。为了充分保证您的权益，提高理赔时效，请您在申请理赔时，按以下说明进行办理：

- 1、 早报案、早结案：当被保险人发生合同约定的保险事故时，请您尽早通知我公司，我们将为您提供理赔指引服务。
- 2、 妥善保管理赔资料：在检查治疗及事故处理过程中，请您及时收集和妥善保存好保险合同中约定的理赔申请所需证明文件和资料。
- 3、 理赔咨询：请拨打客户服务专线 4008109339 或咨询当地运营人员，我们将竭诚为您提供详尽解答。
- 4、 您可以登录瑞泰人寿保险有限公司网站（www.oldmutual-chnenergy.com）下载《理赔申请书》。
- 5、 关于身故保险金受益人的确定，有以下几点提示，请您关注：
  - 被保险人或者投保人指定一人或者数人为受益人。受益人为数人的，被保险人或者投保人可以确定受益顺序和受益份额；未确定受益份额的，受益人按照相等份额享有受益权。
  - 被保险人死亡后，有下列情形之一的，保险金作为被保险人的遗产，依照《继承法》处理：（一）没有指定受益人，或者受益人指定不明无法确定的；（二）受益人先于被保险人死亡，没有其他受益人的；（三）受益人依法丧失受益权或者放弃受益权，没有其他受益人的。受益人与被保险人在同一事件中死亡，且不能确定死亡先后顺序的，推定受益人死亡在先。

附：以下申请理赔应备证明文件及资料仅供参考，具体内容请查阅保险条款，由于保险事故的具体情况不同，我们可能还会及时告知您提供一些与本次理赔申请有关的其他材料。

| 索赔类型  |      | 应备证明文件及资料                             |                   |                      |
|-------|------|---------------------------------------|-------------------|----------------------|
| 医疗    |      | 1、 理赔申请书                              | 1、 诊断证明、住院病历、出院小结 |                      |
| 重大疾病  |      | 2、 保险合同（身故及重大疾病提供）                    | 2、 医疗费用专用收据、费用清单  |                      |
| 身故    |      | 3、 意外事故证明（因意外导致的保险事故，并经由公安机关等有权机构处理。） | 1、 诊断证明、住院病历、出院小结 |                      |
| 残疾    |      |                                       | 2、 病理报告及其他检查报告    |                      |
| 保险费豁免 | 身故豁免 |                                       | 4、 有效身份证件         | 死亡证明、户籍注销证明          |
|       | 残疾豁免 |                                       | 5、 银行存折/卡         | 诊断证明、住院病历、出院小结、伤残鉴定书 |

附件

依据中国人民银行办公厅、保监会办公厅银办发<2016>270号《中国人民银行办公厅 保监会办公厅关于投保人与被保险人、受益人关系确认有关事项的通知》的规定：保险公司订立人身保险合同或赔偿、给付保险金时，应当按照《金融机构客户身份识别和客户身份资料及交易记录保存管理办法》（中国人民银行 中国银行业监督管理委员会 中国证券监督管理委员会 中国保险监督管理委员会令<2007>第2号发布）第十二条、第十四条的规定，确认投保人与被保险人、受益人的关系。

## 投保人与被保险人、受益人关系声明

\_\_\_\_\_（证件号码：\_\_\_\_\_）、\_\_\_\_\_（证件号码：\_\_\_\_\_）分别为保险合同（保险合同号码为：\_\_\_\_\_）名下的投保人、被保险人。当前，上述投保人与被保险人的关系是：\_\_\_\_\_。

\_\_\_\_\_（证件号码：\_\_\_\_\_）、\_\_\_\_\_（证件号码：\_\_\_\_\_）、\_\_\_\_\_（证件号码：\_\_\_\_\_）、\_\_\_\_\_（证件号码：\_\_\_\_\_）为保险合同（保险合同号码为：\_\_\_\_\_）名下的受益人。当前，投保人与上述受益人的关系分别是：\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_。

特此声明

投保人签名：\_\_\_\_\_

被保险人签名：\_\_\_\_\_

受益人签名：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_