

理 赔 申 请 书

被保险人		性 别	☐ 男 ☐ 女	保险合同编号															
出生日期		职 业		证件类型	☐ 身份证 ☐ 军人证 ☐ 护照 ☐ 其它 国籍：														
联系电话				证件号码															
住所地或单位工作地址				身份证件有效期															
电子邮箱	(填写电邮地址代表您同意使用电子信函服务)																		
事故日期		意外地点		首诊日期		就诊医院													
申请理赔项目： ☐ 疾病医疗 ☐ 意外医疗 ☐ 重大疾病 ☐ 身故 ☐ 残疾 ☐ 豁免保费 ☐ 其他：																			
是否住院	☐ 是 ☐ 否	申请金额		申请险种															
事故经过及就诊原因：																			
领 款 方 式	开户银行名称：_____银行_____ (具体银行网点名称) ☐ 存折 ☐ 银行卡																		
	户名：_____ (被保险人或法定监护人或受益人) 账号：_____																		
	若为首次申请自动转账领款，或变更自动转账领款账号，请填写上述项目，并提供本公司指定银行的个人银行结算账户存折复印件；若已办理自动转账领款授权，则无需填写上述项目，理赔款项将转入您在我司最近一次有效授权的领款账号。(友情提示：为确保您能及时快速的领取理赔款，保证领款账号信息的准确性，建议您无论是否首次使用此账号，均提供个人银行结算账户存折复印件)																		
是否已向我司报案 ☐ 否 ☐ 是 报案时间：				被保险人是否在其他保险公司投保人身保险 ☐ 否 ☐ 是 承保公司：															
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。																			
声明及授权：																			
1、本人已阅读并知晓以上《反保险欺诈提示》。																			
2、本人声明所提交的全部证明文件资料均属实、本申请书上填写的内容详尽确实，并作为保险事故的证据。																			
3、本人授权中英人寿保险有限公司及其代表向任何医院、公安部门、其他组织机构及个人查询、调阅、摘抄、复印/制或取得任何有关事故人的所有健康及其他相关资料，本人愿承担由此产生的一切法律后果。																			
4、本人授权中英人寿保险有限公司与银行将保险合同约定的理赔款划入上述授权账户；款项划至上述授权账户，即视为本人已领取相应款项。																			
申请人签名：_____、_____、_____ 申请人联系电话：_____、_____、_____ 申请日期：_____																			
电子邮箱：_____、_____、_____ (填写电邮地址代表您同意使用电子信函服务)																			
代理人姓名：				代理人代码：				联系电话：											

说明：1、请逐项如实填写并由申请人(受益人或其法定监护人)本人亲笔签名确认；
2、请您参照下表提供您所能提供的完整的相关资料。

理赔材料明细：(本栏由本公司人员填写)

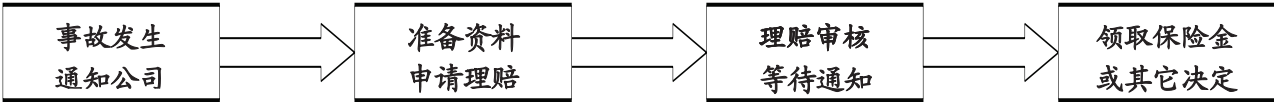
项目	原件	数量	复印件	数量	项目	原件	数量	复印件	数量
☐ 保险合同	☐	()	☐	()	☐ 门诊费用收据	☐	()	☐	()
☐ 被保险人身份证件	☐	()	☐	()	☐ 住院费用收据	☐	()	☐	()
☐ 受益人身份证件	☐	()	☐	()	☐ 住院费用明细清单	☐	()	☐	()
☐ 监护人身份证件	☐	()	☐	()	☐ 农合结算单 ☐ 医保结算单	☐	()	☐	()
☐ 与被保险人关系证明	☐	()	☐	()	☐ 意外事故证明	☐	()	☐	()
☐ 医疗诊断证明书	☐	()	☐	()	☐ 居民死亡医学证明书	☐	()	☐	()
☐ 门(急)诊病历	☐	()	☐	()	☐ 丧葬、火化证明，户籍注销证明	☐	()	☐	()
☐ 住院病历/出院小结	☐	()	☐	()	☐ 伤残鉴定报告	☐	()	☐	()
☐ 检查、检验报告	☐	()	☐	()	☐ 银行个人结算账户复印件			☐	()
☐ 药品清单或门诊处方	☐	()	☐	()	☐ 其他	☐	()	☐	()
签收人：	日期：	年	月	日	递交人：	日期：	年	月	日

提醒：以上材料明细的勾选栏目仅作为收取资料凭证，不作为理赔申请所需资料指南。



索 赔 须 知

发生了保险事故怎么办？



申请理赔所需提供的资料

申请事项	住院费用	手术医疗	住院津贴	重症监护津贴	意外医疗	意外残疾	疾病残疾	意外烧烫伤	提前给付	疗养津贴	重大疾病	身故
需提供的资料												
理赔申请书	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
保险合同	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
身份证件/户籍证明	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
身故保险金受益人与投保人及被保险人的关系证明												✓
意外事故证明	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓		✓	✓
死亡证明												✓
丧葬、火化证明												✓
户籍注销证明												✓
门(急)诊病历	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	
出院小结(出院证明)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
残疾鉴定报告书						✓	✓					
疾病诊断证明书	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
相关的检查检验报告(含病理、影像等)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	
重症监护室的证明				✓								
医疗费用正式收据	✓	✓	✓	✓	✓							
医疗费用明细清单(住院、手术、门诊)、门诊药品处方或清单	✓	✓	✓	✓	✓							
银行个人结算账户复印件	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
所能提供的与确认保险事故性质、原因等有关的其它证明文件和资料	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

说明:

- 1、身份证件/户籍证明：包括被保险人的身份证明和受益人的身份证明。若受益人未满十八周岁时，可由其法定监护人代为申请保险金，申请时需提供监护关系证明、监护人的身份证件等资料。身份证件复印件或影印件必须包含个人信息部分和证件的有效期限(二代身份证提供正反面复印件)。
- 2、身故保险金受益人与投保人及被保险人的关系证明：如户口簿、结婚证、亲属关系公证书等。
- 3、意外事故证明：若因意外伤害事故导致身故，需提供意外事故证明，如公安部门笔录、证明、报警回执、法医检验报告等；道路交通事故责任认定书、交通事故调解书、机动车驾驶证、机动车行驶证等；工伤事故鉴定报告、单位工伤事故报告等；其它：剪报，照片等。
- 4、死亡证明：指医院出具的医学死亡证明或公安部门出具的死亡证明。
- 5、相关的检查检验报告(含病理、影像等)：如，核磁共振、CT、B超、X光、心电图、实验室检验报告、病理组织检查报告等。
- 6、重症监护室的证明：包括重症监护室收费证明、护理记录等。申请豁免保险费时需同时提供投、被保险人的户籍证明或身份证件。重大疾病类理赔申请资料请同时参考条款的要求提供。
- 7、门诊就诊时需提供的门诊资料，包括完整且真实的门急诊病历记录；姓名、日期等内容完整无误的门急诊医疗费用正式收据；门急诊检查检验报告单；发票所对应之处方或费用明细单。
- 8、具体需要的索赔材料请根据不同的险种要求，请致电全国统一服务热线电话 95545 或者咨询保单服务人员。



理 赔 申 请 书

被保险人		性 别	☐ 男 ☐ 女	保险合同编号															
出生日期		职 业		证件类型	☐ 身份证 ☐ 军人证 ☐ 护照 ☐ 其它 国籍：														
联系电话				证件号码															
住所地或单位工作地址				身份证件有效期															
电子邮箱	(填写电邮地址代表您同意使用电子信函服务)																		
事故日期		意外地点		首诊日期		就诊医院													
申请理赔项目： ☐ 疾病医疗 ☐ 意外医疗 ☐ 重大疾病 ☐ 身故 ☐ 残疾 ☐ 豁免保费 ☐ 其他：																			
是否住院	☐ 是 ☐ 否	申请金额		申请险种															
事故经过及就诊原因：																			
领 款 方 式	开户银行名称：_____银行_____ (具体银行网点名称) ☐ 存折 ☐ 银行卡																		
	户名：_____ (被保险人或法定监护人或受益人) 账号：_____																		
	若为首次申请自动转账领款，或变更自动转账领款账号，请填写上述项目，并提供本公司指定银行的个人银行结算账户存折复印件；若已办理自动转账领款授权，则无需填写上述项目，理赔款项将转入您在我司最近一次有效授权的领款账号。(友情提示：为确保您能及时快速的领取理赔款，保证领款账号信息的准确性，建议您无论是否首次使用此账号，均提供个人银行结算账户存折复印件)																		
是否已向我司报案 ☐ 否 ☐ 是 报案时间：				被保险人是否在其他保险公司投保人身保险 ☐ 否 ☐ 是 承保公司：															
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。																			
声明及授权：																			
1、本人已阅读并知晓以上《反保险欺诈提示》。																			
2、本人声明所提交的全部证明文件资料均属实、本申请书上填写的内容详尽确实，并作为保险事故的证据。																			
3、本人授权中英人寿保险有限公司及其代表向任何医院、公安部门、其他组织机构及个人查询、调阅、摘抄、复印/制或取得任何有关事故人的所有健康及其他相关资料，本人愿承担由此产生的一切法律后果。																			
4、本人授权中英人寿保险有限公司与银行将保险合同约定的理赔款划入上述授权账户；款项划至上述授权账户，即视为本人已领取相应款项。																			
申请人签名：_____、_____、_____ 申请人联系电话：_____、_____、_____ 申请日期：_____																			
电子邮箱：_____、_____、_____ (填写电邮地址代表您同意使用电子信函服务)																			
代理人姓名：				代理人代码：				联系电话：											

说明：1、请逐项如实填写并由申请人（受益人或其法定监护人）本人亲笔签名确认；
2、请您参照下表提供您所能提供的完整的相关资料。

理赔材料明细：(本栏由本公司人员填写)

项目	原件	数量	复印件	数量	项目	原件	数量	复印件	数量
☐ 保险合同	☐	()	☐	()	☐ 门诊费用收据	☐	()	☐	()
☐ 被保险人身份证件	☐	()	☐	()	☐ 住院费用收据	☐	()	☐	()
☐ 受益人身份证件	☐	()	☐	()	☐ 住院费用明细清单	☐	()	☐	()
☐ 监护人身份证件	☐	()	☐	()	☐ 农合结算单 ☐ 医保结算单	☐	()	☐	()
☐ 与被保险人关系证明	☐	()	☐	()	☐ 意外事故证明	☐	()	☐	()
☐ 医疗诊断证明书	☐	()	☐	()	☐ 居民死亡医学证明书	☐	()	☐	()
☐ 门(急)诊病历	☐	()	☐	()	☐ 丧葬、火化证明，户籍注销证明	☐	()	☐	()
☐ 住院病历/出院小结	☐	()	☐	()	☐ 伤残鉴定报告	☐	()	☐	()
☐ 检查、检验报告	☐	()	☐	()	☐ 银行个人结算账户复印件			☐	()
☐ 药品清单或门诊处方	☐	()	☐	()	☐ 其他	☐	()	☐	()

签收人：_____ 日期：_____ 年 月 日 递交人：_____ 日期：_____ 年 月 日

提醒：以上材料明细的勾选栏目仅作为收取资料凭证，不作为理赔申请所需资料指南。

