



理赔申请书

填写须知：本申请书请务必由享有保险金申请权的申请人亲笔填写并签名确认。

出险人信息	保险合同号：					
	姓名：	性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年龄：	职业：	国籍：	邮编：
	联系电话：		联系地址：			
	证件类型： <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他 _____		证件号码：			
	证件有效期：至 年 月 日 或 <input type="checkbox"/> 长期			出险人类型： <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 其他 _		
出险类型	<input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 全残 <input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 伤残 <input type="checkbox"/> 豁免 <input type="checkbox"/> 医疗 <input type="checkbox"/> 轻症疾病					
出险情况	是否在其它公司投保？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 承保公司				出险原因： <input type="checkbox"/> 意外 <input type="checkbox"/> 疾病	
	出险日期： 年 月 日		出险地点：			
	事故情况描述（包括事故的起因、经过及结果等）					
申请人信息	申请人身份： <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 指定受益人 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 如与被保险人为同一人，以下申请人信息可不填。					
	姓名：	性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年龄：	职业：	国籍：	邮编：
	联系电话：		联系地址：			
	证件类型： <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他 _____		证件号码			
	证件有效期：至 年 月 日 或 <input type="checkbox"/> 长期					
领款方式	与出险人关系： <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他 _____			与投保人关系： <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他 _____		
	开户银行：		账户名称：			
	银行账号：					

反保险欺诈提示

诚信是保险合同基本原则，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. 故意造成被保险人死亡、伤残或者疾病的。

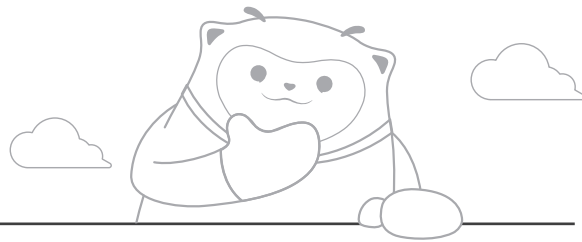
进行保险诈骗犯罪行为活动，可能会受到拘役、有期徒刑，并处罚金或者没收财产的刑事处罚；尚不构成犯罪的，可能会受到 15 日以下拘留、5000 元以下罚款的行政处罚；保险公司不承担赔偿或给付保险金的责任。保险事故的鉴定人、证明人故意提供虚假的证明文件，为他人诈骗提供条件的，将会受到相应的刑事或行政处罚。故意或因重大过失未履行如实告知义务，保险公司不承担给付保险金的责任。

声明及授权

- 兹声明本人之陈述、回答、提交的所有相关材料内容均真实、合法，并无虚假及重大遗漏，且已阅读并知晓《反保险欺诈提示》。
- 本人（包括被保险人）授权爱心人寿保险股份有限公司及其委托公司及代表向任何医院、医生、公安局、派出所、保险公司、工作单位等相关机构及人士，了解、调阅、摘抄、复印任何与理赔申请相关的资料，本人愿承担由此产生的一切法律责任。
- 因账户、账号提供错误，或因本人、受托人原因导致的一切转账问题均与爱心人寿保险股份有限公司无关，并由本人承担一切责任。
- 如有虚假陈述，本人愿意承担因此而引起的所有法律责任。

申请人签名：

日期：



授权委托信息（如两个或两个以上受益人需要委托办理，请单独填写授权委托书）

受托人	姓名： 	♡代理人	工号： 	♡家属 ♡其他 _____				
	邮编： 	联系电话： 						
	联系地址： 							
	证件类型：♡身份证 ♡其他 _____			证件号码： 				
本人现委托上述受托人就 _____ 保险合同的理赔事宜作为我的代理人，并同意其代理权限如下 (为保证您的权益，针对下列各项代理权限，请务必勾选“是”或“否”之一)：								
理赔申请及申请撤销		♡是 ♡否	理赔决定通知的领取		♡是 ♡否	理赔申请材料的交接		♡是 ♡否
理赔协议的签署		♡是 ♡否	★理赔款项的领取		♡是 ♡否			
其他理赔相关事项： 								
★根据中国保监会规定“保险代理业务人员和保险营销员不得接受被保险人或受益人委托代领保险金”，故如果您委托保险业务员或保全员办理理赔，请对授权项“理赔款项的领取”勾选“否”。								
授权期间：自 年 月 日至 年 月 日								
委托人签字： 				日期： 				

理赔申请须知

尊敬的客户请仔细阅读以下内容：

1. 申请人资格：

- (1) 残疾保险金、重疾保险金、医疗（费用、津贴）保险金：被保险人本人；
- (2) 身故保险金的申请人：身故受益人本人，未指定身故受益人或者身故受益人先于被保险人或同时死亡的，被保险人的继承人享有保险金的请求权，当受益人为多人时须同时提出理赔申请。

2. 申请所需材料：以下材料为您办理理赔申请时所需的基本材料，但由于保险事故的具体情况不同，本公司可能还会需要您提供一些与本次理赔相关的其他材料，我公司会及时与您取得联系。如委托他人代办理理赔申请，请受托人提供身份证明。

应备申请材料	理赔申请类型	分类申请材料
1. 理赔申请书 2. 有效身份证件复印件 3. 银行卡复印件 4. 出院小结（如有住院） 5. 门、急诊病历（如有门诊）	疾病住院 住院津贴 门诊治疗	1. 发票及费用清单 / 处方 2. 与治疗相关的检验报告、治疗记录。
	重大疾病 轻症疾病 / 豁免	1. 病理报告及相关检查报告
	伤残 / 全残豁免	1. 伤残鉴定书 2. 与保险事故性质、原因、损失程度有关的证明和资料
	身故	1. 死亡证明书 2. 受益人与被保险人关系证明 3. 受益人身份证明

- (1) 有效身份证件指由政府主管部门规定的证明其身份的证件，如：居民身份证、护照、军官证、警官证、士兵证、户口簿等证件。
- (2) 死亡证明材料包括：
 - a. 国务院卫生行政部门规定的医疗机构、公安部门或其他有权机构出具的被保险人的死亡证明；
 - b. 若非上述机构出具的死亡证明（如村委会 / 居委会），则须同时提供合法有效的户籍注销证明或丧葬证明。
- (3) 因意外导致的保险事故，并经由公安机关等有权机构处理的需提供意外事故证明。
- (4) 与保险事故性质、原因、损失程度有关的证明和资料，包括但不限于：
 - a. 若为交通意外，请提供交通管理部门出具的交通事故处理报告原件；
 - b. 若为工伤，请提供工伤事故处理报告原件；
 - c. 若为纠纷已报案，请提供公安机关处理报告原件。

3. 若您对理赔方面有什么疑问或对理赔服务有什么建议，请拨打全国统一客服电话 10109520。