



理赔申请书

(非身故案件适用)

出险人信息栏:

单证代码: 040001

保险合同号:		投保单位:	
被保险人姓名:	性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	职业:	国籍:
证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其它:	证件号码:	证件有效期: <input type="checkbox"/> 长期/至:	
与投保人关系:	手机:	电子邮箱:	
联系地址:	省/直辖市	市	区/县
出险时间:	出险地点:	出险原因:	
事故经过:			
申请项目: <input type="checkbox"/> 意外 <input type="checkbox"/> 疾病	<input type="checkbox"/> 门诊 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 住院补贴	<input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 残疾 <input type="checkbox"/> 豁免	<input type="checkbox"/> 其它
被保险人是否在其他保险公司投保? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若√是, 请填写承保公司:			
被保险人是否已获第三方报销(赔偿)? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若√是, 请填写给付机构:			

申请人信息栏(如申请人与被保险人为同一人, 下表除“申请人姓名”外, 其他信息可免填写)

申请人姓名:	性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	职业:	国籍:
证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其它:	证件号码:	证件有效期: <input type="checkbox"/> 长期/至:	
与被保险人关系:	与投保人关系:	手机:	电子邮箱:
联系地址:	省/直辖市	市	区/县

授权转账栏

本人授权贵公司将本次理赔保险金转入下列指定的银行账户内:

开户银行: _____ 授权账户名: _____ 授权账户号: _____

反保险欺诈提示(请认真阅读后签字确认)

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。

声明与授权(请认真阅读后签字确认)

1、本人声明已阅读并知晓《反保险欺诈提示》, 理赔申请书上填写内容真实、准确、完整, 所提交的文件材料均属实, 如提供信息、材料与实际不符, 由本人承担所有法律责任, 与贵公司无关。

2、本人同意并授权利安人寿保险股份有限公司以本人名义向医疗机构、公安部门、社会团体、企事业单位、其他组织及个人索取、查询、调阅、摘抄、复印/制所有理赔相关材料。本授权书之影印件、传真件、扫描件和原件具有同等效力, 本人愿承担由此产生的一切法律后果;

3、本人承诺, 以上授权转账之银行信息(包括开户银行、授权账户名及授权账户号)真实, 并已准确填写。本人同意利安人寿将保险金款项转账支付至该账户。因授权转账或账户信息错误导致的损失或纠纷全部由本人承担, 与贵公司无关。

4、本人已仔细阅读并知晓《隐私政策》(扫描右侧二维码查看), 已清晰地了解这些信息的收集目的、可能的用途等全部内容。且基于上述目的, 本人授权贵公司依照其业务需要收集相关人员的个人信息并同意贵公司进行信息处理。



申请人签名: _____

日期: _____



委托信息栏（如存在委托代办事项，请务必认真填写下表内容；如不存在，则不需填写）

本人系贵公司 _____ 保险合同之理赔申请人。
 现授权委托 _____ （证件类型：_____ 有效证件号：_____ 联系电话：_____）
 代理本人办理相关理赔事宜，行使以下权利，授权期间自 _____ 年 _____ 月 _____ 日至 _____ 年 _____ 月 _____ 日。

1、向贵公司递交理赔申请材料及受领退回的申请材料 同意 不同意
 2、接收贵公司的理赔决定通知 同意 不同意

委托人（申请人）签名：_____ 日期：_____

理赔申请须知

尊敬的客户：

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

- 1、报案：**当被保险人发生意外伤害、疾病等事故后，除进行正常的急救和治疗外，一般情况下应立即通知本公司或在出险后五天内向本公司报案。
- 2、申请人资格：**非身故保险金的申请人应当是被保险人本人，若被保险人未成年或不具备完全民事行为能力为能力的，由申请人的监护人代为申请，并提供监护关系证明。
- 3、治疗医院提醒：**请被保险人按照保险合同约定，在指定或本公司认可的医院接受检查治疗。
- 4、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。
- 5、您可以登录我公司官方网站（www.lianlife.com）查阅理赔须知和下载理赔申请书。
- 6、您可以咨询当地理赔服务人员，或拨打全国统一服务热线 956009 以获得详细的理赔咨询信息。

附：理赔申请应备材料一览表

申请项目	应备的文件与单证	文件或单证名称	注意事项
住院津贴	2、3、4、5、(6)、9、10	1. 保险合同 2. 理赔申请书 3. 门/急诊病历 4. 出院小结、诊断证明书 5. 医疗费用收据原件、费用清单（津贴型可提供复印件） 6. 意外事故证明 7. 鉴定报告 8. 重大疾病相关证明（组织病理、血液、影像检查等与疾病确诊相关的检查、检验结果资料） 9. 被保险人有效身份证明 10. 受益人/继承人银行卡（存折）复印件 注：(6) 仅针对意外需提供	1. 以上材料为进行理赔申请的基本材料，由于保险事故的具体情况不同及各地区差异，可能在办理理赔申请时，仍需一些其他材料，届时，理赔人员会及时与您取得联系。 2. 保险合同或保险协议另有约定的，需根据相关约定提供申请材料。 3. 索赔金额在 3000 元以下的个人医疗保险，无需提供意外事故证明，但有公安机关等第三方介入的意外事故，仍需提供意外事故证明。 4. 如委托他人代办，需提供受委托人身份证明。 5. 申请保费豁免应备理赔材料以具体险种的条款约定为准。
住院医疗	2、3、4、5、(6)、9、10		
门诊医疗	2、3、5、(6)、9、10		
重大疾病	1、2、3、4、8、9、10		
疾病残疾	1、2、3、4、7、9、10		
意外残疾	1、2、3、4、6、7、9、10		