

理赔申请表（个/团/银/电销等业务通用）

单证编码：90401

保险合同号（多张保单请一并填写）

申请人	姓名:	性别:	年龄:	国籍:	职业:
	证件类型:	证件有效期至: 年 月 日	证件号码:		
	电子邮箱:		移动电话（短信通知用）:		
	联系地址:		邮编:		
	申请人身份: <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 被保险人/受益人的监护人 <input type="checkbox"/> 指定受益人 <input type="checkbox"/> 法定继承人 <input type="checkbox"/> 其他				

被保险人与申请人是同一人时，此栏可以不填。

被保险人	姓名:	性别:	年龄:	国籍:	职业:
	证件类型:	证件有效期至: 年 月 日	证件号码:		

保险 事故 信息	事故发生时间:	事故地点:	被保险人现状:
	就诊时间:	就诊医院:	医院诊断:
	是否经公安、交通、劳动及卫生部门处理: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		处理部门:
	事故描述（疾病症状、事故经过、受伤部位、受伤程度）:		
	初次发病时间:	初次就诊时间:	初次就诊医院:

被保险人在其他保险公司投保人身保险: 否 是 承保公司名称 ()

申请事项	<input type="checkbox"/> 意外医疗 <input type="checkbox"/> 住院医疗 <input type="checkbox"/> 医疗津贴 <input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 身故给付 <input type="checkbox"/> 残疾给付 <input type="checkbox"/> 豁免保费 <input type="checkbox"/> 其他
------	---

保险金 支付方式	<input type="checkbox"/> 领取现金	人民币500元以下可委托他人代领，请填写背面授权委托书并在领款时出示受托人身份证明原件。		
	<input type="checkbox"/> 银行转账	开户银行:	账户所有人:	
		银行账号:		

反保险欺诈提示语句

请您与我们一同杜绝以下骗取保险金的行为：

- 故意虚构保险标的；
- 对发生的保险事故编造虚假的原因或者夸大损失的程度；
- 编造未曾发生的保险事故；
- 故意造成财产损失的保险事故；
- 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、财产评估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。

申请人声明及授权

- 兹声明本人之陈述、回答及提交的相关材料内容均真实可信，可作为保险公司理赔的依据。
- 本人授权任何医院、诊所、医生、公安局、派出所、保险公司或相关机构及人士，凡知道或拥有任何有关事故者的健康情况、既往病史、医嘱、诊疗情况、病历、意外细节、相关笔录报告或其他相关资料，均可提供给中银三星人寿保险有限公司及其代表。
- 本人授权贵公司依照上述保险金支付方式支付保险金，如因本人提供的付款信息错误导致付款不成功的，贵公司不承担相应责任。
- 根据保险监管部门规定，以现金方式给付的保险金不得由保险代理机构、保险代理业务人员和保险营销员代领，本人已知晓。
- 本人已阅读并了解反保险欺诈提示语句和《理赔申请须知》的相关内容。

申请人亲笔签名: _____ 投保单位签章: _____ 申请日期: _____

(委托他人时也请申请人亲笔签名)

保单服务人员签名: _____ 服务人员工号: _____ 联系电话: _____

温馨提示：请您仔细阅读申请表背面内容，以了解更多理赔信息。



理赔申请须知

尊敬的客户：

为保证您的正当权益，请仔细阅读以下内容：

- 填写方法：**请在所选择理赔项目前的□内打√，并在表格中使用蓝黑色、黑色墨水笔或签字笔清晰准确地填写理赔信息。
- 申请人资格：**以下人员享有保险金请求权：
身故理赔时，申请人为合同指定身故受益人，若未指定身故受益人则申请人为被保险人的法定继承人。
非身故理赔时，申请人为被保险人本人。
申请人为无民事行为能力人或限制行为能力人时，须由其监护人出示监护人身份证明并代为签字申请理赔。
- 多人申请：**符合条件的申请人为多人时，请每人分别填写一张理赔申请书并签字确认。
- 如实告知：**依照《保险法》规定，理赔申请人有义务真实地提供与确认事故的性质、原因、损失程度等相关的证明和资料。若伪造或篡改申请文件，您的权益将会受到影响，情节严重的须承担相应的法律责任。
- 诉讼时效：**依照《保险法》规定，人寿保险的被保险人或者受益人向保险人请求给付保险金的诉讼时效期间为五年；人寿保险以外的其他保险的被保险人或者受益人，向保险人请求赔偿或者给付保险金的诉讼时效期间为二年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。
- 不予受理：**如果事故发生时间不在保险有效期内，申请材料不完备或申请人资格不符，本公司将不予受理。
- 及时报案：**保险事故发生后，请第一时间联系您的保单服务人员，或拨打全国服务电话：4008101888。公司将有专人向您说明就医注意事项、理赔应备资料等。
- 残疾鉴定：**当申请伤残保险金，需要进行残疾鉴定的，鉴定前请与我公司联系。
- 应备材料：**为了您的方便，也为了公司能更好地为您服务，请在填写理赔申请表后，按下表准备相应理赔材料，当下述材料尚不足以证明有关情况时，本公司有权要求继续提供相关理赔材料。

索赔项目	应备索赔材料	索赔材料名称
意外伤害医疗	1、2、3、4、5、6、7、12	1、 保险单（合同）原件
住院费用医疗	1、2、3、4、5、6、7、意外需提供12	2、 出险人身份证明(无民事行为能力人需要监护人身份证明)
手术津贴	1、2、3、4、8、10、意外需提供12	3、 理赔金收款账户照片或复印件
住院津贴	1、2、3、4、9、10、意外需提供12	4、 门/急诊病历、住院病历、出院小结
重大疾病	1、2、3、4、7、意外需提供12	5、 医疗费用收据原件或医疗费用分割单原件
意外伤残	1、2、3、4、11、12	6、 医疗费用明细清单或医疗处方
疾病高残	1、2、3、4、11	7、 病理/血液/影像等检查报告
意外身故	1、2、3、4、12、13、14、15	8、 医疗手术记录的影印件
疾病身故	1、2、3、4、13、14、15	9、 体温单
豁免保费	必须提供1、2	10、医疗费用收据的影印件
	如曾就诊需提供4、5	11、伤残鉴定报告
	如申请重疾豁免需提供7	12、公安机关等第三方介入的,需提供有关部门出具的意外事故证明
	如申请高残豁免需提供11	13、居民死亡医学证明书或居民非正常死亡证明
	如申请身故豁免需提供13、14、15	14、受益人身份证明（若受益人无民事行为能力需同时提供监护人身份证明）
如属意外需提供12	15、受益人与事故者关系证明（若受益人无民事行为能力需同时提供受益人与监护人的关系证明）	

理赔授权委托书（仅供委托非本公司业务人员时使用）

中银三星人寿保险有限公司：

现授权_____代表本人就本理赔申请表正面所列保险事故到你公司办理如下理赔事项：

- 1、递交理赔申请及所需相关证明文件；
2、领取现金（限500元以下）；
3、其他（请注明）：_____

受托人所提交的索赔材料及所作的相应文书皆为本人的真实意思表示，如因本授权不实等原因引致的与本授权有关的法律后果由本人承担全部责任。

受托人需提供身份证明原件。本授权的有效期限至受托人办理完毕本次理赔事务时止。

委托人姓名：	联系电话：	证件号码：
受托人姓名：	联系电话：	证件号码：
受托人与委托人关系	<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 其他亲属 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 同事 <input type="checkbox"/> 其他_____	
委托人亲笔签名：	受托人亲笔签名：	
年 月 日	年 月 日	