



**理赔申请书** (重疾、残疾、豁免、医疗责任)

保险合同号:		投保单位 (仅团险索赔填写):			
(申请人必须为保险金受益人, 受益人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的, 由监护人代为申请)					
申请人	姓名:	性别:	年龄:	职业:	国籍:
	申请人类型: <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 监护人 <input type="checkbox"/> 其它: _____				与投保人关系:
	证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他 _____		证件有效期:		
	证件号码:			联系电话:	
	通讯地址:			邮政编码:	
被保险人	(与申请人为同一人可不填写被保险人栏信息)				
	姓名:	性别:	年龄:	职业:	国籍:
	证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他 _____				与投保人关系:
	证件号码:			联系电话:	
	通讯地址:			邮政编码:	
事故发生时间:		事故发生地点:		治疗医院:	
事故发生原因和经过:					
索赔类别	<input type="checkbox"/> 残疾 <input type="checkbox"/> 重疾 <input type="checkbox"/> 豁免 <input type="checkbox"/> 医疗/津贴 (发票张数 _____ 发票金额 _____ 发票原件: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否)				
报销信息	<input type="checkbox"/> 未报销 <input type="checkbox"/> 城镇职工医保 <input type="checkbox"/> 居民医保/新农合 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 已报金额: _____				
支付方式	<input type="checkbox"/> 银行自动转账 <input type="checkbox"/> 其他方式 _____		账户所属银行名称:		
	账户所有人姓名:		账户所有人身份证号码:		
	银行账号:				
	税收居民类型: 第 ____ 类 (请选择) 1、仅为中国居民; 2、仅为非居民; 3、既是中国税收居民又是其他国家 (地区) 税收; 4、军人或武装警察。若选 2、3 类, 请同时填写《个人税收居民声明文件》。				

**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, 保险公司有权依法不承担赔偿或给付保险金的责任。

**申请人声明及授权**

- 本人已阅读并知晓《反保险欺诈提示》, 并承诺申请人之陈述、回答及提交的所有相关材料内容均真实可信。
- 本人授权任何医院、诊所、医生、医疗保险机构、农村合作医疗机构、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, 均可提供给三峡人寿保险股份有限公司及其代表。本授权之影印本与原件具有同等效力。
- 转账授权声明: 本人同意三峡人寿保险股份有限公司将保险金转入“理赔申请书”所提供的银行账户中。本人声明上述银行账户信息均真实有效, 三峡人寿保险股份有限公司只负责根据授权人提供的账户进行转账业务, 授权人与该账户所有人之间的任何经济纠纷和法律纠纷均与三峡人寿保险股份有限公司无关, 三峡人寿保险股份有限公司对前述纠纷及有关责任概不负责。
- 兹声明申请人是该保险合同的保险金受益人、被保险人的法定继承人或法律规定享有保险金请求权的自然人。

特别说明: 若非申请人亲自办理, 需填写理赔授权委托书, 受托人应提供本人有效身份证明文件。

申请人签名: \_\_\_\_\_

申请日期: \_\_\_\_\_