

理赔申请书 (身故责任)

*温馨提示:

关注“小康人寿”微信公众号,快速办理理赔。

报案号: _____ 受理时间: _____ 受理人: _____

为保障您的权益,请仔细阅读提示事项并详细填写相应栏目(索赔所需材料及提示事项请参阅背面)

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(如申请人为受益人本人或之一, 申请人信息无需填写)

保险合同编号:				申请理赔险种:			
被保险人信息	姓名:	性别:	年龄:	职业:	联系电话:		
	证件类型:	证件号码:					证件有效期至
	居住地址:			邮编:	与投保人关系:		
申请人信息	姓名:	性别:	年龄:	职业:	联系电话:		
	证件类型:	证件号码:					证件有效期至
	居住地址:			邮编:	与被保险人关系:		
受益人 1	姓名:	性别:	年龄:	职业:	联系电话:		
	是出险人的:	证件类型:	证件号码:				
	证件有效期起止日期:			职业:	电子邮箱:		
受益人 2	姓名:	性别:	年龄:	职业:	联系电话:		
	是出险人的:	证件类型:	证件号码:				
	证件有效期起止日期:			职业:	电子邮箱:		
申请类型	<input type="checkbox"/> 津贴 <input type="checkbox"/> 医疗 <input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 残疾 <input type="checkbox"/> 豁免 <input type="checkbox"/> 其他 _____					出险原因: <input type="checkbox"/> 意外 <input type="checkbox"/> 疾病	
如申请身故保险金,且未指定受益人,请填写《保险金给付约定书》。							
理赔情况	被保险人是否在其他保险公司投保人身保险 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (如勾选否,以下信息无需填写)						
	保险公司		险种名称		保险金额		赔付金额
	保险公司		险种名称		保险金额		赔付金额
出险情况	就诊日期	事故原因、经过、目前情况(出险原因为意外时请详细描述):					
	就诊医院						
	医学诊断						
委托授权书	说明: 签署本授权书时,应同时提供委托人与受托人的身份证原件及复印件。(注:若未委托他人代办理赔申请,此项无需填写)						
	本人系贵公司 _____ 保险合同项下的理赔申请人,兹委托 _____ (身份证号: _____) 至小康人寿保险有限责任公司办理相关理赔事宜。						
	本委托有效期为 _____ 天(委托开始日期同本申请书的申请日期)。 受托人声明: 受托人保证委托人的签名为亲笔签名,受托人在委托有效期内代为办理委托,所实施的行为如有纠纷,受托人自愿承担相应责任。 委托人签名: _____ 受托人签名: _____						
领款方式	本人声明同意小康人寿保险有限责任公司将本次理赔之款项通过银行转账方式转入以下账户,并愿意承担因银行账户信息提供错误而导致的法律和经济责任。(请准确填写账户信息,并提供账户复印件)						
	开户银行:	开户省市:	户名:	账号			

保险欺诈风险提示: 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,保险公司可能不承担赔偿或给付保险金的责任。

其他声明与授权

- 本人声明理赔申请书上所填写内容真实详尽,并已经阅读和知晓《保险欺诈风险提示》。如有虚假,愿承担法律责任。
- 本人授权任何医生、医院、诊所、医疗机构、体检机构、行政司法机关,以及凡熟悉被保险人健康情况之人士,均可将被保险人此次意外或疾病,既往之病症及病历之详细资料向贵公司及其代表提供或说明。本人愿意承担由此产生的一切法律责任,本声明与授权影印件同样有效。
- 转账授权声明: 本人同意小康人寿保险有限责任公司将理赔金转入《理赔申请书》所提供的银行账户中。本人清楚明白保险公司的赔偿款项通过银行成功转账至指定领款账户则视为本人已收到该笔赔偿款项,并愿意承担因银行账户信息提供错误而导致的法律和经济责任。
- 本人即使身故或丧失民事行为能力,其继承人或受让人不可撤销或废止此项授权而仍受此项授权约束。
- 如本次提交的姓名、性别、出生日期、证件号码、证件类型、证件有效期、国籍、职业相关信息、税收身份信息若与我公司原留存信息不一致,我公司将同步更新上述信息。

申请人签名:

日期:

理赔须知

尊敬的客户：

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

1. 报案提醒：当被保险人发生合同约定的保险事故时，请您于三日内通知我公司，我们将为您提供理赔指引服务。

2. 就诊医院提醒：请被保险人在保险合同约定的医院接受检查治疗。

3. 保存理赔资料：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；治疗结束或事故处理完毕后，请您填写好理赔申请书并签名，与理赔申请所需资料一并提交。

4. 理赔咨询与查询：如咨询理赔事宜，请拨打咨询电话400-815-6688或当地客服人员；如查询理赔进度，请拨打咨询电话400-815-6688或自助通过小康人寿公众号进行查询。

5. 自助理赔服务：本公司已推出自助理赔申请服务，微信搜索“小康人寿”公众号，关注公众号发起自助理赔申请。

6. 理赔申请材料：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，如有需要，我公司理赔部门会及时与您取得联系。若您委托他人代为办理理赔申请，请受托人提供身份证明。

理赔申请所需资料	资料提供者
1、 理赔申请书	申请人
2、 被保险人身份证明(身份证、护照、军官证等)	被保险人
3、 受益人身份证明(身份证、护照、军官证等)	受益人
4、 门急诊病历、出院小结、住院费用明细清单、检查报告	被保险人就诊的医疗机构
5、 医疗费用原始收据	被保险人就诊的医疗机构
6、 被保险人残疾程度鉴定书	保险公司指定或认可残疾鉴定机构
7、 被保险人医学死亡证明书	医疗机构及法律上认可的机构
8、 宣告死亡证明文件	人民法院
9、 被保险人户籍注销证明、户口簿	被保险人户籍所在警署、被保险人的户籍文件相关机构
10、所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等相关的其他证明和资料	相关机构
注：在 10 中常见形式包括：道路交通事故认定书，赔偿调解书，交通事故出险须递交驾驶证和行驶证（被保险人为驾驶员时）；工伤事故调查报告，单位事故报告；公安证明，笔录，报案回执，法医检验报告；民事调解和判决书，调解和赔偿协议，鉴定报告，事故处理报告，事故照片等。	
<input type="checkbox"/> 意外伤害费用	1、2、4、5、10
<input type="checkbox"/> 住院费用	1、2、4、5、10
<input type="checkbox"/> 住院津贴	1、2、4、5、10
<input type="checkbox"/> 终身医疗	1、2、4、5、10
<input type="checkbox"/> 身故	1、2、3、4、7、8、9、10（第 7 和 8 项只需满足其中之一）
<input type="checkbox"/> 重大疾病/女性疾病	1、2、4、5、10
<input type="checkbox"/> 残疾/高残	1、2、4、6、10
<input type="checkbox"/> 豁免保险费	1、2、4、6、7、8、10（须提供投保人的相关资料）
<input type="checkbox"/> 烧伤/特别	1、2、4、10
<input type="checkbox"/> 门急诊医疗	1、2、4、5、10
备注：1.以上列出的申请材料，为各类型案件的理赔申请的必需材料。 2.由于理赔案件的复杂性，特定的案件所需的资料存在特异性，我司如认为有关的证明和资料不完整的，可一次性通知投保人、被保险人或受益人补充。 3.为确保您的保单权益，请及时拨打本公司服务电话，登录网址或到柜台进行查询，核实保单信息。	

7. 若享有保险金申请权的申请人为未成年人，则由其法定监护人代为提出理赔申请，即由其法定监护人亲笔填写理赔申请书并签名（监护人姓名）确认，但需要提供监护人的身份证明及与保险金受益人的监护关系证明。

8. 为了保证申请人的权益，理赔款将通过银行转账的方式予以支付。

9. 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专线 400-815-6688。

小康人寿保险股份有限公司 分公司

受理人签名：