1.申请人必须为保险金权益人之一
2.若保险金权益人为无/限制民事行为能力人，申请人为监护人

411200000000000000

中国人寿保险股份有限公司
China Life Insurance Company Limited

理赔申请书

选择银行转账，申请人须提供本人银行卡/折复印件；受理人员应审核与申请书银行账号是否一致

填写前请您阅读本申请书黑体字

报案编号：

申请人信息								
姓　名	李XX	性　别	男	与出险人关系	□本人 ☑配偶 □父母 □子女 □其他：＿＿＿＿			
证件类型	☑身份证 □其他＿＿＿＿			证件号码	X X X X X X X X X X X X X X X X X X			
证件有效期限	2030年1月1日	保险金达到1万元人民币或1000美元请填写后两项			国家/地区	中国	职业	XX
固定电话	xxxx—xxxxxxxx	手　机	1 3 9 0 0 0 0 0 0 0 0		电子邮箱	XX_XX@163.com		
联系地址	XX 省/直辖市 XX 市 XX 区/县 XXXXXXXXX							
领款银行账号	XXXXXXXXXXX			开户银行	XX銀行XX分行			

留存正确联系电话

出险人								
姓名	张XX	性别	女	联系地址	XX省XX市XX区XX路XX号XX栋XX室			
证件类型	☑身份证 □其他＿＿＿＿			证件号码	X X X X X X X X X X X X X X X X X X			
证件有效期限	2030年1月1日	保险金达到1万元人民币或1000美元请填写后两项			国家/地区	中国	职业	XX
提示：若出险人与申请人为同一人，则无需填写本栏。								

事故经过		
时间：2020年1月5日20时	地点：昌九高速公路共青路段	
详细经过：（如曾住院，请填写住院资料，如：医院名称、起始日期、疾病诊断名称等。） 意外：被保险人于2020年1月5日驾车从A地返回B地的路上在XX路段发生车祸，当场死亡。		

疾病：填写诊治医院详细名称
意外：填写事故发生地具体地址

出险人现状	□治疗中	□治疗结束	□身故（身故日：　年　月　日）	□残疾（失能）

被保险人如有多张保险合同，可在此分别填写

	保险合同号码	**授权变更项目**
1	2005360100S420000XXXXX	□固定电话 ☑手机 □电子邮箱 □联系地址 ☑连带变更本人其他保险合同的上述项目
2	2010360102D010000XXXXX	□固定电话 □手机 □电子邮箱 □联系地址
3		□固定电话 □手机 □电子邮箱 □联系地址

保险合同变更授权：若本申请书载明的本人固定电话、手机、电子邮箱或联系地址与本人保险合同相关项目不一致，本人同意贵公司按本申请书内容变更保险合同相关项目。

□出险人在其他保险公司投保	**承保公司**	XX保险公司
□出险人已获第三方报销(赔偿)	**给付机构**	XX社保中心

反保险欺诈提示：

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.故意造成财产损失的保险事故；5.故意造成被保险人死亡、伤残或者疾病。

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：

1.本人承诺本申请书内容完全属实，并授权贵公司选择任意联系方式向本人发送各类通知并保留相关录音、回执或电子文档；若因本申请书填写不准确导致贵公司无法及时、准确给付保险金或送达各类通知书，贵公司不承担责任。

2.本人承诺向贵公司提交符合保险合同约定且完整、真实、有效的理赔资料，否则贵公司有权拒绝受理理赔申请。

3.本人承诺在向贵公司提交本申请书时，同时提供本人及委托人身份证明原件，否则贵公司有权拒绝受理理赔申请。

4.本人同意中国人寿保险股份有限公司向医疗机构及其他有关单位和个人调阅、摘抄、复印或其他方式获取任何与本次理赔申请相关的资料。本人谨此授权凡知道或拥有任何有关被保险人健康及其他情况的医疗机构及其他有关单位和个人，均可将有关资料提供给中国人寿保险股份有限公司。本人愿承担由此产生的一切法律责任，此申请书的影印本也同样有效。

5.本人同意在法律允许的范围内，将本人的保单信息、理赔信息，贵公司根据本保险合同之需要而查询和收集的相关信息以及履行本保险合同可能涉及的医疗信息提供给中国保险信息技术管理有限责任公司（简称“中国保信”），进行信息管理及合理利用。

本人授权同意上述信息可在贵公司及其他保险公司为本人提供服务时，通过中国保信平台查询、收集与其提供服务相关的必要信息。同时本人亦授权上述公司在依据行业监管及为实现服务目的之需要而与其他机构进行必要合作的前提下对上述信息进行合理使用及信息共享（包括但不限于：因保险监督管理及风险控制之需要而进行的行业内信息分享；因信息数据使用、存储、下载之需要而与第三方合作机构进行的数据互通；为提高保险服务水平之需要而与医疗卫生和健康管理机构进行的诊疗信息和健康记录的查询和共享；为公共服务之需要与其他政府机构、监管部门、司法机关及第三方信息信用平台进行的信息共享等）。

信息共享声明及授权：

请您认真阅读并理解下述条款，并请依据您本人意愿在下方选项中勾选您对下述条款的接受情况：本人同意提供给中国人寿保险股份有限公司的信息，及本人享受中国人寿保险股份有限公司金融服务产生的信息（包括本单证签署之前提供和产生的），可用于中国人寿集团（指中国人寿保险（集团）公司及其直接或间接控股的公司）及因服务必要而委托的第三方为本人提供服务及推荐产品，法律禁止的除外，直到本人以书面方式撤销为止。中国人寿集团及其委托的第三方对上述信息负有保密义务。本条款自本单证签署时生效，具有独立法律效力，不受合同成立与否及效力状态变化的影响。

☑ 同意接受上述条款　　□ 不同意接受上述条款

申请人签名：李XX　　应为申请人亲笔签名　　申请日期：2020年4月29日

受理人签名：王XX　　作业流水号：　　申請日、受理日可不為同一日　　受理日期：2020年5月1日