



理赔申请表

(含资料调阅授权书)

单证条形码粘贴处

第一部分：被保险人信息

被保险人姓名				保险合同编号			
联系电话：	性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		国籍：_____	出生日期：_____年____月____日			
证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他_____		证件号码				
证件有效期	年 月 日至 年 月 日		目前职业/学校				
通讯地址：	_____省_____市_____县/区_____路（弄）/小区/门牌号						
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		承保公司	_____			

第二部分：理赔申请人信息

申请人身份： <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 受益人 <input type="checkbox"/> 其他人_	与被保险人关系： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他_____					
申请人姓名	性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		国籍：_____	出生日期：_____年____月____日		
证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他_____		证件号码			
证件有效期：	年 月 日至 年 月 日		目前职业/学校			联系电话：
通讯地址：	_____省_____市_____县/区_____路（弄）/小区/门牌号					

第三部分：理赔申请信息（若内容较多表格不够填写，可另附纸）

索赔类型： <input type="checkbox"/> 医疗 <input type="checkbox"/> 豁免 <input type="checkbox"/> 重疾 <input type="checkbox"/> 轻症 <input type="checkbox"/> 残疾 <input type="checkbox"/> 身故（请同时填写《身故保险金受益人信息确认表及领取声明书》） <input type="checkbox"/> 其他					
事故原因： <input type="checkbox"/> 意外 <input type="checkbox"/> 疾病	索赔是否已获社会保障先期赔付？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
意外事故时间：_____ 地点：_____	索赔是否已获其他第三方赔付？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
意外事故经过（如为交通事故请提供事故处理报告）：	赔付机构：_____				
	首诊医院：_____	首诊日期：_____			
	出院诊断：_____				

第四部分：保险金支付

通过以下 授权账户 领取（需一并提供相关账号联复印件）						
领款人与被保人关系：	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 监护人 <input type="checkbox"/> 身故受益人 <input type="checkbox"/> 其他_____					
领款人账户名：	身份证号码					
是否为税收居民：	<input type="checkbox"/> 仅为中国税收居民		<input type="checkbox"/> 仅为非中国税收居民		<input type="checkbox"/> 既为中国税收居民又是其他国家税收居民	
授权银行名称：	授权账号号码					
1. 授权帐户必须为保险合同规定有权领取保险款项的主体本人所有（以下简称“领款人”），且本转账授权协议仅限于本次申请。						
2. 领款人仅对保险合同规定的保险款项具有受领权，对于领款人不具有受领权而获取的保险款项，同方全球人寿有权向领款人索回。						
3. 领款人同意同方全球人寿不对授权账户的失窃或冒领负责。						

第五部分：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：

- 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。

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，以保险诈骗罪共犯论处（详见《刑法》第 198 条）。

【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、5 千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，也会受到相应行政处罚（详见全国人大常委会《关于惩治破坏金融秩序犯罪的决定》）。

【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（详见《保险法》第 16、27 条）。

第六部分：声明

1. 本人声明以上陈述均为事实，并无虚假及重大遗漏，且已阅读并知晓《反保险欺诈提示》。如有虚假不实或隐瞒情况，同方全球人寿保险有限公司（以下简称贵公司）有权拒付保险理赔金并依法追究法律责任。
2. 因账户、账号提供错误，或因本人、受托人过错导致的一切转账问题均与贵公司无关，并由本人承担一切责任。

第七部分：授权

1. 本人授权任何医生、医疗机构、保险公司或其它机构组织、以及一切熟悉被保险人身体健康状况之人士，均可以将被保险人身体健康状况之资料向贵公司如实提供。本授权书的复印件与正本具有同等效力。
 2. 本人授权贵公司可以收集与本人及被保险人有关的信息，同时贵公司可以从第三方就有关投保、保全或理赔事宜查询、收集与本人及被保险人相关的信息。
 3. 本人授权贵公司可以将本人及被保险人提供的信息、本人在贵公司投保、保全或理赔产生的信息以及贵公司从第三方查询、收集的信息（包括本单证签署之前提供、查询、收集和产生的），用于贵公司、政府监管部门、行业协会、再保险公司或贵公司因服务必要而委托的第三方，向本人及被保险人提供保险服务、履行再保险、开展市场调查与信息数据分析。各相关方对上述个人信息依法承担保密和信息安全义务。
- 以上授权期限为贵公司办理理赔业务所需期间或法律法规要求的期限。

理赔申请人签字：_____

_____年_____月_____日

第八部分：授权委托信息（如未委托他人代办理赔申请，此栏可免填）

授权委托书	受托人姓名		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	_____年_____月_____日
	证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他_____	证件号码			
	联系电话		证件有效期	_____年_____月_____日至_____年_____月_____日		
	通讯地址	_____省_____市_____县/区_____路（弄）/小区/门牌号				
	委托内容	1. 向贵公司递交理赔申请资料及受领退回的申请资料 2. 接受贵公司的理赔决定通知和续期核保决定通知				<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意

说明：签署本授权时，应同时提供委托人与授权人的身份证原件与复印件

受托人签字：_____

委托人签字：_____

理赔须知

尊敬的客户 您好！

感谢您对本公司的支持！为了充分保证您的权益，方便、快捷地完成理赔申请，请您在填写《理赔申请书》前仔细阅读以下内容：

1. 申请人说明：重疾、残疾、医疗等保险金由被保险人本人申请；如申请人未成年或不具备完全民事行为能力人、限制民事行为能力人，则由申请人的监护人代为申请。
2. 受益人说明：身故保险金的申请必须是身故受益人本人，如有以下情形之一的，保险金作为被保险人的遗产，本公司依照《中华人民共和国民法典》的规定履行给付保险金的义务：（1）未指定身故受益人或受益人指定不明无法确定的；（2）受益人先于被保险人死亡，没有其他受益人；（3）受益人依法丧失受益权或者放弃受益权，没有其他受益人的。申请书只需填写其中一人信息，其余人员信息请填写《身故保险金受益人信息确认表及领取声明书》。
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的各类资料。
4. 理赔咨询与查询：如咨询理赔事宜，请拨打咨询电话 956095 或当地客服人员。如查询理赔进度，请拨打查询电话 956095 或自助通过同方全球人寿 APP 进行自助查询。
5. 自助理赔服务：本公司已推出自助理赔申请服务，您可以通过同方全球人寿官微或同方全球人寿 APP，快速办理理赔。

理赔申请资料一览表

资料名称	身故		重大疾病		残疾		住院津贴		医疗费用	
	疾病	意外	疾病	意外	疾病	意外	疾病	意外	疾病	意外
理赔申请书	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆
被保险人有效身份证明	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆
申请人有效身份证明	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆
受益人有效身份证明	◆	◆								
死亡证明	◆	◆								
户口注销证明	◆	◆								
意外事故证明		◆		◆		◆		◆		◆
司法鉴定书（必要时）					◆	◆				
门急诊病历/出院小结	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆
关键性检查检验报告（含病理报告）			◆	◆						
医疗费用发票原件									◆	◆
住院费用发票复印件							◆	◆		
医疗费用明细或处方							◆	◆	◆	◆

注：

1. 除上述的理赔申请基本材料外，由于理赔具体情况不同，在审核过程中本公司仍可能联系您提供其它理赔相关资料。
2. 所有的理赔申请都需要受益人提供被保险人、受益人的有效身份证的正反面复印件或身份证明文件的复印件，若身份证明文件有有效期，则必须包含该证件的有效期部分。若为委托代办，需提供代办人有效身份证明。
3. 身故理赔时可能需要受益人提供法定受益人公证等其他材料、身故保险金受益人信息确认表及领取声明书。