



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



## 理赔申请书

填写前请您阅读本申请书黑体字及背面权益提示

报案编号：

申请人信息	姓名		性别		与出险人关系	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他：_____													
	证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他_____			证件号码														
	保险金达到1万元人民币或1000美元请填写本行				证件有效期限	年 月 日			国籍		职业								
	固定电话	-			手机				电子邮箱										
	联系地址	省/直辖市 市 区/县																	
	领款方式	<input type="checkbox"/> 银行转帐 <input type="checkbox"/> 现金			开户银行														
	银行账号																		

出险人	姓名		性别		联系地址													
	证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他_____			证件号码													
	保险金达到1万元人民币或1000美元请填写本行				证件有效期限	年 月 日			国籍		职业							
	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：	年 月 日 时			地点：													
	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。）																	
出险人现状		<input type="checkbox"/> 治疗中 <input type="checkbox"/> 治疗结束 <input type="checkbox"/> 身故（身故日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> 残疾（失能）																

保险合同号码			授权变更项目		
1			<input type="checkbox"/> 固定电话 <input type="checkbox"/> 手机 <input type="checkbox"/> 电子邮箱 <input type="checkbox"/> 联系地址 <input type="checkbox"/> 连带变更本人其他保险合同的上述项目		
2			<input type="checkbox"/> 固定电话 <input type="checkbox"/> 手机 <input type="checkbox"/> 电子邮箱 <input type="checkbox"/> 联系地址		
3			<input type="checkbox"/> 固定电话 <input type="checkbox"/> 手机 <input type="checkbox"/> 电子邮箱 <input type="checkbox"/> 联系地址		
4			<input type="checkbox"/> 固定电话 <input type="checkbox"/> 手机 <input type="checkbox"/> 电子邮箱 <input type="checkbox"/> 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。					
<input type="checkbox"/> 出险人在其他保险公司投保		承保公司			
<input type="checkbox"/> 出险人已获第三方报销(赔偿)		给付机构			

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任何医生、医院、保险公司、其他机构或人士，均可将所需的有关资料提供给贵公司，此申请书的影印本具有同等效力。		
申请人签名：		申请日期： 年 月 日

受理人签名： 作业流水号： 受理日期： 年 月 日

# 客户权益提示

尊敬的客户：

为保护您的合法权益，请您仔细阅读并按以下内容办理理赔事宜。

## 1、理赔权益人和应备资料

申请项目		权益人	应备资料	
身故给付	疾病	指定受益人 或法定继承人		5、8或9、16、17
	意外			5、12、16、17
	自杀			5、13、16、17
	法院宣告			5、14、16、17
健康险给付	疾病住院医疗	被保险人	1、	4、6、8、10、17
	意外住院医疗		2、	4、6、8、10、12、17
	意外门诊医疗		3	4、6、9、10、12、17
	日额津贴			4、6、7、8、10、17
	手术津贴			4、6、7、8、15、17
	重大疾病（疾病导致）			4、8、10、17
	重大疾病（意外导致）			4、8、10、12、17
	重大疾病（指定手术）			4、8、10、15、17
残疾给付	疾病导致			4、8、10、11、17
	意外导致			4、8、10、12、11、17
豁免保费	投保人身故	被保险人	按上述身故或高残项目执行	
	投保人高残	投保人		

- 1、理赔申请书
- 2、保险合同原件
- 3、理赔委托书和受托人身份证明原件  
(仅适用于理赔委托)
- 4、出险人身份证明原件  
(身故理赔申请无需此项)
- 5、受益人、法定继承人身份证明原件及与被保险人关系证明(户籍管理部门或公证部门出具)
- 6、医疗费用发票原件、费用清单(处方)
- 7、医疗费用发票复印件
- 8、住院完整病历和出院小结
- 9、门(急)诊病历/处方
- 10、诊断证明(恶性肿瘤、其他重大疾病需提供相关病理或专项检验报告)
- 11、残疾鉴定报告
- 12、意外事故证明(适用于意外事故)
- 13、自杀证明
- 14、宣告死亡判决书
- 15、手术记录
- 16、身故证明书、户口注销证明、火化/土葬证明(提供其中的两项即可)
- 17、申请人银行存折复印件或银行卡银行开户证明

注：上述为理赔申请基本资料，索赔资料文件需提供原件，如有需要退原件的资料请同时提供资料的复印件，资料所属人或受益人需在复印件上签名并注明“与原件相符”，处理完毕后我司将退回所需资料原件。如申请人提供的资料为复印件必须要有本人亲笔签名；身故情况下，资料提交人必须在提交的所有资料复印件上签名并注明“与原件相符”。根据您的理赔申请，本公司可能会要求您提供与本次理赔相关的其他资料。

## 2、理赔权益人可选择下列方式办理理赔申请：

(1) 自行申请：填写《理赔申请书》并携带完整理赔申请资料到当地柜面办理，每位受益人填写一份《理赔申请书》，必须使用黑色签字笔填写并签名；

(2) 委托办理：填写《理赔申请书》和《理赔委托书》，由受托人携带上述资料到当地柜面办理；

上述表格可到我公司柜面索取或登录 <http://www.e-chinalife.com/> 下载打印。权益人务必在表格上亲笔签名。

## 3、若有多位理赔权益人，可以：

(1) 分别填写《理赔申请书》，每位受益人填写一份《理赔申请书》，必须使用黑色签字笔填写并签名；；

(2) 选择一人在申请人栏填写资料并签名，其他权益人填写《理赔委托书》即可。

4、《理赔申请书》银行帐号户名必须与申请人姓名完全一致。

5、若上述权益人未成年或不具备完全民事行为能力的，由权益人的监护人代为申请，同时提供监护人与未成年权益人的关系证明。

6、联系地址请填写住所或工作单位地址；经常居住地与住所地不一致的，请填写经常居住地地址。

7、公司查询电话：020-95519。

8、法定继承人由下列人员组成：配偶、子女、父母；上述人员均不存在时，法定继承人由下列人员组成：兄弟姐妹、祖父母、外祖父母。