



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

理赔申请书

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。

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

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	李 XX	性别	男	与出险人关系	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他：_____												
	证件类型	<input checked="" type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他_____		证件号码	X X													
	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	2020 年 1 月 1 日		国籍	中国		职业	XX						
	固定电话	XXXX-XXXXXXXX		手机	139XXXXXXXX		电子邮箱						XX_XX@163.com					
	联系地址	XX 省/直辖市		XX 市		XX 区/县		XX XX		应留存准确的联系电话				证件有效期限截止日期				
	领款方式	<input checked="" type="checkbox"/> 银行转账 <input type="checkbox"/> 现金		开户银行		XX 银行 XX 分行												
银行账号			XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX															

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 XXX 室													
	证件类型	<input checked="" type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他_____		证件号码	X X														
	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	2020 年 1 月 1 日		国籍	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：	2011 年 1 月 20 日 20 时			地点：	昌九高速公路共青路段									因疾病诊治的，填写诊治医院的详细名称；意外事故，应填写事故发生地的具体地址				
	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 2011 年 1 月 20 日驾车从某地返回某地的路上，在 XX 路段发生车祸，导致当场死亡。 疾病：被保险人于 2011 年 1 月 8 日突发心绞痛，当日在 XX 医院住院治疗，确诊为急性心肌梗塞并接受手术，于 2 月 10 日出院。																		
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	2005360100S420000XXXX	<input type="checkbox"/> 固定电话 <input checked="" type="checkbox"/> 手机 <input type="checkbox"/> 电子邮箱 <input type="checkbox"/> 联系地址	<input checked="" type="checkbox"/> 连带变更本人其他保险合同的上述项目
2	2010360102D010000XXXX	<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	被保险人如有多份保险合同，可在此分别填写	<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	XX 保险公司
<input type="checkbox"/> 出险人已获第三方报销(赔偿)	给付机构	XX 社保中心

申请人声明及授权：

- 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。
- 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。
- 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。
- 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：李 XX 申请日期：2011 年 3 月 1 日

受理人签名：王 XX 作业流水号：XXXXX 受理日期：2011 年 3 月 5 日

应为申请人亲笔签名 申请日期与受理日期可不为同一日