

# 理赔申请书

Ⓣ：灰底文字部分为必填项，请完整填写。

申请渠道：传统渠道 微信渠道

事故者姓名	性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年龄	国籍	保险合同号																	
身份证件类型 <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 其他_____		身份证件号码																			
证件到期日		年	月	日	地址												邮编				
电话		单位名称/地址						职业			年收入										
申请类型 <input type="checkbox"/> 意外伤害费用报销 <input type="checkbox"/> 住院费用报销 <input type="checkbox"/> 意外伤害住院津贴/住院津贴 <input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 残疾/高残 <input type="checkbox"/> 豁免保险费																					
事故经过	时间： 年 月 日 时		地点：						原因：												
	详细经过：																				
事故者现状 <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) <input type="checkbox"/> 失踪																					
事故者是否在其他保险公司投保人身保险 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 承保公司：																					

Ⓣ：申请人与事故者为同一人，可在“申请人身份”处勾选“√被保险人”，其他信息可不填写。

申请人姓名	申请人身份 <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 指定受益人 <input type="checkbox"/> 继承人 <input type="checkbox"/> 受益人(继承人)的监护人																国籍				
身份证件类型 <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 其他_____		身份证件号码																			
证件到期日		年	月	日	地址 (理赔通知送达地址)												邮编				
电话		单位名称/地址						职业			年收入										

转账信息	账户所有人		账户所有人身份证件号码																		
	授权银行 <input type="checkbox"/> 同保险费自动转账付款授权账号 <input type="checkbox"/> _____银行_____省_____市分行																				
	授权账户号码																				

## 反保险欺诈提示

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。若参与或实施保险欺诈行为，其理赔相关信息将被纳入保险行业共享范围。

授权与声明

- 本人已仔细阅读申请书所有内容，且所填写内容真实无讹，同时明白上述内容为索赔的基本依据，且已知晓《反保险欺诈提示》。
- 本人授权任何医生，医院，诊所，保险公司或其单位组织及其所有熟悉被保险人健康状况之人士均可将被保险人目前及以往之患病状况、病历等相关资料提供予长生人寿保险有限公司；
- 为提供保险服务的需要，本人授权：贵司可通过知悉本人信息的机构查询与本人有关的全部信息（包括但不限于投保、承保、理赔、医疗信息等）；贵司及其具有必要合作关系的机构均可对上述信息进行合理的使用。为确保信息安全，贵司及其合作机构应采取有效措施并承担保密义务；
- 本授权书之影印件亦属有效。

申请人签名：\_\_\_\_\_

申请日期：\_\_\_\_\_年 月 日

保险营销员声明：本人证明已核实客户（被保险人、受益人）的有效身份证或其他身份证明文件，确认客户身份。

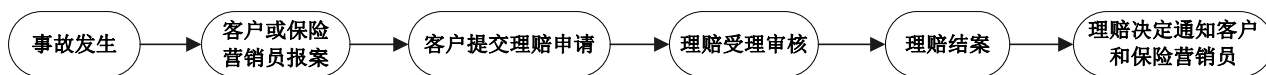
保险营销员姓名 \_\_\_\_\_ 保险营销员编号 \_\_\_\_\_ 所属营业部 \_\_\_\_\_

所属分公司 \_\_\_\_\_ 手机号码 \_\_\_\_\_

请注意背面仍要填写

# 理赔服务指南

## 一、理赔申请流程：



**理赔时效承诺** 对于申请资料齐全、事故责任明确且无需理赔调查的案件，本公司将在收到理赔申请之日起5个工作日内结案。  
 对于5个工作日无法结案的案件，本公司将及时通知客户理赔进展情况。

## 二、理赔申请须知：

- 1、请清楚、完整、正确地填写本理赔申请书，如有遗漏，将会因退回补充填写而影响理赔时效。若内容较多申请书表格不够填写，可另附纸填写。
- 2、理赔申请书应由申请人填写并亲笔签字确认，否则该次申请无效。医疗、津贴、伤残/高残、重大疾病/女性疾病、豁免保险费应由被保险人本人作为申请人申请；身故保险金应由受益人、法定继承人或其法定监护人作为申请人申请。被保险人为未成年人或丧失民事行为能力人则由其法定监护人作为申请人申请；如果存在多名受益人，请在理赔申请书中列出。
- 3、申请书各项信息请认真填写。
- 4、授权与声明，具备法律意义，需仔细阅读并明确无误。同时签字栏位必须由相应人员亲笔签字确认。
- 5、申请书最后两行关于保险营销员的个人信息请填写完整，尤其是联系方式，以便理赔审核中沟通和交流，加快理赔时效。

## 三、理赔申请资料（请根据实际投保的险种和可申请的险种项目提供相应理赔申请资料）：

通用资料	※理赔申请书 ( ) 份	※被保险人身份证明复印件 ( ) 份	※申请人身份证复印件 ( ) 份	※申请人与被保险人关系证明复印件 ( ) 份 (若被保人为未成年人时需提供上述两项)
<input type="checkbox"/> 意外伤害费用报销	※门诊病历原件 ( ) 份	<input type="checkbox"/> 意外伤害住院津贴/住院津贴	<input type="checkbox"/> 意外伤害住院	※门诊病历原件 ( ) 份
<input type="checkbox"/> 住院费用报销	※出院小结原件 ( ) 份 ※医疗费用收据原件 ( ) 份 ※住院费用清单原件 ( ) 份 <b>若有第三方赔付，需提供下述资料</b> ※第三方报销凭证原件 ( ) 份 (如结算单等)			※出院小结原件 ( ) 份 ※医疗费用收据复印件 ( ) 份 ※住院费用清单原件 ( ) 份
<input type="checkbox"/> 身故	※合同原件 ( ) 份 ※受益人身份证明复印件 ( ) 份 ※医学/宣告死亡证明原件 ( ) 份 ※户籍注销证明原件 ( ) 份 ※遗体处理证明原件 ( ) 份 ※相关病历资料 ( ) 份	<input type="checkbox"/> 重大疾病		※合同原件 ( ) 份 ※门诊病历原件 ( ) 份 ※出院小结原件 ( ) 份 ※检查、化验报告 ( ) 份 ※石蜡病理报告原件 ( ) 份 <b>(仅限于申请恶性肿瘤时需提供)</b>
<input type="checkbox"/> 残疾/高残	※合同原件 ( ) 份 ※门诊病历原件 ( ) 份 ※出院小结原件 ( ) 份 ※残疾程度鉴定书原件 ( ) 份	<input type="checkbox"/> 豁免保险费		※门诊病历原件 ( ) 份 ※出院小结原件 ( ) 份 <b>下述两项资料根据情况提供其中之一</b> ※残疾程度鉴定书原件 ( ) 份 ※医学/宣告死亡证明原件 ( ) 份
若上述保险事故由意外事故所致，请提供相关意外事故证明，如：交通事故责任认定书、工伤事故调查报告、110报警或公安部门出具的“事故证明”，若为驾驶机动车出险，请提供被保险人驾驶证、出险车辆行驶证。 ※交通事故责任认定书原件 ( ) 份      ※工伤事故调查报告原件 ( ) 份      ※警方相关证明原件 ( ) 份 ※被保险人驾驶证原件 ( ) 份      ※出险车辆行驶证原件 ( ) 份				
补充说明：				
申 请 人：_____ 联系电话：_____ 日 期：_____				
营 销 员：_____ 工 号：_____ 联系电话：_____ 日 期：_____				
收 件 机 构：_____ 核 对 人：_____ 日 期：_____				

四、全国客服热线（投诉热线）：400-820-8599（免长途费）