

理赔申请书附页

申请人信息 (所有身故受益人/继承人均须作为申请人填写)

赔案号: \_\_\_\_\_

申请人2 姓名:		性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	国籍: <input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他 _____	职业:
身份类型: <input type="checkbox"/> 指定受益人 <input type="checkbox"/> 法定继承人 <input type="checkbox"/> 受益人的监护人		是否生存: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否, 身故时间:		
手机:			固定电话: 区号	号码
联系地址: _____ 省/直辖市 _____ 市 _____ 区/县 _____ 街道/乡镇		邮编: _____		
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 / <input type="checkbox"/> 长期		领款人与申请人2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 _____		
是被保险人的: <input type="checkbox"/> 父亲 <input type="checkbox"/> 母亲 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他 _____		是投保人的: <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 _____		
领取方式: <input type="checkbox"/> 转账 <input type="checkbox"/> 现金 <input type="checkbox"/> 授权转账 (授权申请人之一代为转账领取不需填写银行信息)				
户名:	开户银行:	账号:		
申请人3 姓名:		性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	国籍: <input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他 _____	职业:
身份类型: <input type="checkbox"/> 指定受益人 <input type="checkbox"/> 法定继承人 <input type="checkbox"/> 受益人的监护人		是否生存: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否, 身故时间:		
手机:			固定电话: 区号	号码
联系地址: _____ 省/直辖市 _____ 市 _____ 区/县 _____ 街道/乡镇		邮编: _____		
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 / <input type="checkbox"/> 长期		领款人与申请人3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 _____		
是被保险人的: <input type="checkbox"/> 父亲 <input type="checkbox"/> 母亲 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他 _____		是投保人的: <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 _____		
领取方式: <input type="checkbox"/> 转账 <input type="checkbox"/> 现金 <input type="checkbox"/> 授权转账 (授权申请人之一代为转账领取不需填写银行信息)				
户名:	开户银行:	账号:		
申请人4 姓名:		性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	国籍: <input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他 _____	职业:
身份类型: <input type="checkbox"/> 指定受益人 <input type="checkbox"/> 法定继承人 <input type="checkbox"/> 受益人的监护人		是否生存: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否, 身故时间:		
手机:			固定电话: 区号	号码
联系地址: _____ 省/直辖市 _____ 市 _____ 区/县 _____ 街道/乡镇		邮编: _____		
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 / <input type="checkbox"/> 长期		领款人与申请人4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 _____		
是被保险人的: <input type="checkbox"/> 父亲 <input type="checkbox"/> 母亲 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他 _____		是投保人的: <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 _____		
领取方式: <input type="checkbox"/> 转账 <input type="checkbox"/> 现金 <input type="checkbox"/> 授权转账 (授权申请人之一代为转账领取不需填写银行信息)				
户名:	开户银行:	账号:		
申请人5 姓名:		性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	国籍: <input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他 _____	职业:
身份类型: <input type="checkbox"/> 指定受益人 <input type="checkbox"/> 法定继承人 <input type="checkbox"/> 受益人的监护人		是否生存: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否, 身故时间:		
手机:			固定电话: 区号	号码
联系地址: _____ 省/直辖市 _____ 市 _____ 区/县 _____ 街道/乡镇		邮编: _____		
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 / <input type="checkbox"/> 长期		领款人与申请人5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 _____		
是被保险人的: <input type="checkbox"/> 父亲 <input type="checkbox"/> 母亲 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他 _____		是投保人的: <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 _____		
领取方式: <input type="checkbox"/> 转账 <input type="checkbox"/> 现金 <input type="checkbox"/> 授权转账 (授权申请人之一代为转账领取不需填写银行信息)				
户名:	开户银行:	账号:		

申请人6 姓名：		性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		国籍： <input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他 _____		职业：	
证件类型： <input type="checkbox"/> 指定受益人 <input type="checkbox"/> 法定继承人 <input type="checkbox"/> 受益人的监护人				是否生存： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，身故时间：			
手机：				固定电话：区号		号码	
联系地址：		省/直辖市		市		区/县	
				街道/乡镇		邮编：	
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 / <input type="checkbox"/> 长期		领款人与申请人6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 _____					
是被保险人的： <input type="checkbox"/> 父亲 <input type="checkbox"/> 母亲 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他 _____				是投保人的： <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 _____			
领取方式： <input type="checkbox"/> 转账		<input type="checkbox"/> 现金		<input type="checkbox"/> 授权转账（授权申请人之一代为转账领取不需填写银行信息）			
户名：		开户银行：		账号：			

### 多身故受益人（继承人）领取保险金转账授权（授权申请人之一代为领取全额保险金需填写）

上述所有身故受益人（继承人）协商一致，共同授权申请人 \_\_\_\_\_（证件号码：\_\_\_\_\_）作为受益人（继承人）代表，代为领取全部保险金，由百年人寿保险股份有限公司将保险金全额支付至该授权申请人的银行账户中，账户信息如下：户名 \_\_\_\_\_ 开户银行 \_\_\_\_\_ 账号：\_\_\_\_\_ 该申请人授权权限为：代领保险金。（请一并附上该申请人签字的存折/银行卡复印件）

特别声明：除上述受益人（继承人）之外，被保险人无其他第一顺序法定继承人，该申请人已经取得所有受益人（继承人）的同意和授权，代为领取全部保险金。日后因所述不实、账号错误等原因发生相关纠纷的，概由受益人（继承人）自行处理并承担所有法律责任。

第一联：保险公司留存

### 理赔申请提示、声明和授权

#### 声明和授权

- 本人声明已阅读并知晓《反保险欺诈提示》内容，保证理赔申请书上所填的内容及本人提供的一切资料均完全属实，如有虚假不实或隐瞒情况，百年人寿保险股份有限公司有权依法追究法律责任。
- 本人同意授权百年人寿保险股份有限公司及提供本保险服务之必要委托的第三方合作机构向任何医院、公安机关、保险公司等相关机关及个人了解、获取、复印与本理赔申请相关的资料或证明，本人愿承担由此产生的一切法律责任。
- 本人同意授权百年人寿保险股份有限公司向征信机构查询本人的个人信息用于办理保险业务的审查相关事宜。本人保证所提供之领款账户为本人所有，若因账号、账户提供错误导致的一切转账问题均与百年人寿保险股份有限公司无关，并由本人承担一切责任。
- 本人确认百年人寿保险股份有限公司已进行“保险公司不得违规销售非保险金融产品，请勿参加非法集资”的风险提示。
- 为提供保险服务的需要，本人授权：百年人寿保险股份有限公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）；百年人寿保险股份有限公司及与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，百年人寿保险股份有限公司及其合作机构应采取有效措施并承担保密义务。
- 为实现个人保险实名制管理目的的需要，本人同意：（1）百年人寿保险股份有限公司可采集本人办理保险业务所需的信息要素（包括但不限于姓名、证件类型、证件号码、证件有效期起止期限等），传递给百年人寿保险股份有限公司的必要合作机构及信息认证专门机构进行有效性核验并向百年人寿保险股份有限公司反馈；（2）百年人寿保险股份有限公司可采集涉及本人的保险业务信息（包括但不限于证件信息、办理的保险业务种类、基本内容等），并由百年人寿保险股份有限公司的必要合作机构进行存储、登记，上述各单位均可对上述信息进行合理的使用与传递。

请所有申请人在如下填写栏内亲笔签名/按手印，承诺上述信息及授权均如实填写，为本人真实意愿，未遗漏其他受益人，如所填写信息与实际情况不符，自愿自行处理并承担所有的法律责任。

申请人1签名：\_\_\_\_\_ 申请人2签名：\_\_\_\_\_ 申请人3签名：\_\_\_\_\_

申请人4签名：\_\_\_\_\_ 申请人5签名：\_\_\_\_\_ 申请人6签名：\_\_\_\_\_