

赔案号: _____

理赔申请书(团险)

申请书附页: 是 否

(含资料信息调阅授权书)

投保单位名称		保单合同号	
申请人1(受益人)信息			
姓名	性别	与被保险人关系	<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
国籍	职业	与投保人关系	<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	证件号码	证件有效期	年 月 日至 年 月 日/ <input type="checkbox"/> 长期
联系地址	省 市 区/县	邮政编码	
移动电话	固定电话	电子邮箱	@
被保险人信息(提示: 被保险人与申请人为同一人, 此信息可免填)			
姓名	性别	与投保人关系	<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
国籍	职业	移动电话	固定电话
证件类型	证件号码	证件有效期	年 月 日至 年 月 日/ <input type="checkbox"/> 长期
联系地址	省 市 区/县	邮政编码	
索赔信息			
被保险人是否有正在申请或已获其他保险公司、其他福利保障计划等其他途径的给付或补偿: 是 否(请详述)			
领款信息	户名	开户行	
	银行账号		<input type="checkbox"/> 现金领款
索赔类型 (可多选)	<input type="checkbox"/> 医疗费用 <input type="checkbox"/> 住院补贴 <input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 意外残疾 <input type="checkbox"/> 疾病残疾 <input type="checkbox"/> 保费豁免 <input type="checkbox"/> 疾病身故 <input type="checkbox"/> 意外身故 <input type="checkbox"/> 其他	(如申请身故保险金, 请填写《身故受益人身份确认书》)	
事故信息	时间	年 月 日	事故地点
	事故原因及详细经过:		
	投保单位签章:		
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, 保险公司不承担赔偿或给付保险金的责任。 请您与我们一同杜绝以下骗取保险金的行为: 1. 故意虚构保险标的; 2. 对发生的保险事故编造虚假的原因或者夸大损失的程度; 3. 编造未曾发生的保险事故; 4. 故意造成财产损失的事实; 5. 故意造成被保险人死亡、伤残或者疾病的。			
理赔授权委托书			
本人现委托 _____ (受委托人姓名) 就 _____ (保险合同号码) 保险合同的理赔事宜作为我的代理人, 本人同意授权受委托人代理以下理赔业务(打“√”事项), 并承担由此授权产生的任何法律责任与法律后果。			
<input type="checkbox"/> 1、办理理赔申请及受领退回的申请资料 <input type="checkbox"/> 2、受领理赔决定通知 <input type="checkbox"/> 3、受领续期核保决定通知 <input type="checkbox"/> 4、受领给付款项并签字 <input type="checkbox"/> 5、签订理赔协议 <input type="checkbox"/> 6、其他			
授权期间自 _____ 年 _____ 月 _____ 日至 _____ 年 _____ 月 _____ 日			
受托人姓名	性别	出生日期	
证件类型	证件号码	证件有效期	年 月 日至 年 月 日/ <input type="checkbox"/> 长期
联系地址	联系电话		
委托人签名:	受托人签名:		
申请人声明			
1. 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。 2. 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。 3. 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。 4. 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。 5. 特别地, 为百年人寿履行保险合同, 提供保险服务所必需, 本人明确授权: 百年人寿可将本人及被保险人的姓名、身份证号、证件类型提供给中国银行保险信息技术管理有限公司(以下简称“中国银保信”)。本人同意中国银保信可以对上述信息以及本人及被保险人的其他必要信息(包括投保、承保、理赔等保险信息、健康医疗信息)进行收集、存储并经加工、分析后, 将数据处理结果传递给百年人寿用于实现上述目的(中国银保信联系方式: privacy@cbit.com.cn)。上述百年人寿对个人信息的处理以百年人寿保险股份有限公司《隐私协议》《儿童个人信息保护政策》为准。 6. 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。			

申请人: _____ 申请日期: _____ 签收人: _____ 签收日期: _____

理赔业务个人信息声明授权书

尊敬的客户，请您在办理理赔业务前，仔细阅读本授权书，了解您的个人信息权益。本授权书中有关处理您个人敏感信息内容以及其他有关您个人信息权益的重要内容，我们已用加粗、下划线的形式提示，请您特别关注。有关生物识别、特定身份、医疗健康、金融账户以及不满 14 周岁未成年人的个人信息均为敏感信息，是我们向您提供产品和服务的必要个人信息，我们的处理将不会对您的个人权益造成非法侵害。

请您知悉，您签署本《理赔业务个人信息声明授权书》后将视为您已基于真实意思表示同意本授权书的全部内容，并受到本授权书的约束。

1、在为您提供理赔服务时，需要您提供以下个人信息：投保人、被保险人、受益人及申请人姓名、性别、国籍、职业、有效身份证件类型、证件号码、证件有效期、出生日期、联系地址、联系方式、电子邮箱、申请人与投保人关系、申请人与被保险人关系、受益人与被保险人关系、医疗健康信息（包括因医疗就诊产生的就诊信息、病历信息、处方医嘱信息、结算信息、票据信息、司法鉴定材料等）、开户银行、银行卡号、位置信息、保单信息、保险事故信息、投保理赔信息等。

2、我们会采取一切合理可行的措施，确保未收集您无关的个人信息，我们只会达成本授权书所述目的和法律法规及监管规定的所需期限内保留您的个人信息，除非需要延长保留期或受到法律的允许，我们对收集到您个人的信息，将尽力确保安全，保障您的个人权益。

3、出于为您提供理赔服务的需要，经您同意后，我们会将您的个人信息提供给第三方公司，我们只会提供必要的个人信息且受本授权书所声明目的的约束。由第三方公司对您本次业务办理所涉及的身份及理赔服务内容进行核实，确保为您本人申请，第三方公司对上述信息负有保密义务，并尽最大努力，采取各种措施保证信息安全。

第三方公司包括：

供应商/信息接收方名称	联系方式	处理目的	处理方式	个人信息种类
北京缔联科技有限公司	wangshuming@deallinker.com	业务需求	收集、传输、使用信息	姓名、证件类型、证件号码、电子发票信息
珠海汇流信息技术有限公司	0756-3626181-8808	业务需求	收集、传输、存储、使用信息	姓名、性别、证件类型、证件号码、证件有效期、国籍、联系地址、联系方式、开户银行、银行卡号，医疗健康信息，保险事故信息
上海商涌科技有限公司	021-68582972	业务需求	收集、传输、使用信息	姓名、性别、证件类型、证件号码、证件有效期、国籍、联系方式、医疗健康信息，保险事故信息
中科乐约健康科技（深圳）有限公司	010-65679990	业务需求	收集、传输、使用信息	姓名、性别、证件类型、证件号码、证件有效期、国籍、联系地址、联系方式、开户银行、银行卡号，医疗健康信息，保险事故信息
中国银行保险信息技术管理有限公司	privacy@cbit.com.cn	业务需求	收集、传输、存储、使用信息	姓名、性别、年龄、证件号码、联系方式、保单信息、保险事故信息、医疗健康信息、电子发票信息
大童保险公估有限公司	dtggwt@dtinsure.com	业务需求	收集、传输、使用信息	姓名、性别、年龄、证件号码、联系方式、保单信息、保险事故信息、医疗健康信息
泛华保险公估股份有限公司	north@weihuotech.net	业务需求	收集、传输、使用信息	姓名、性别、年龄、证件号码、联系方式、保单信息、保险事故信息、医疗健康信息
中衡保险公估股份有限公司	zhgg-rsxggsyb@zhibx.net	业务需求	收集、传输、使用信息	姓名、性别、年龄、证件号码、联系方式、保单信息、保险事故信息、医疗健康信息
民太安保险公估有限公司	0755-83054321	业务需求	收集、传输、使用信息	姓名、性别、年龄、证件号码、联系方式、保单信息、保险事故信息、医疗健康信息
亿保创元（北京）信息科技有限公司	010-83629880	业务需求	收集、传输、使用信息	姓名、身份证号码
江苏乐凡保险公估有限公司	claim_investigate2@zhengyanjr.com	业务需求	收集、传输、使用信息	姓名、性别、年龄、证件号码、联系方式、保单信息、保险事故信息、医疗健康信息
上海亿保健康管理有限公司	95715	业务需求	收集、传输、使用信息	姓名、性别、年龄、证件号码、联系方式、保单信息、保险事故信息、医疗健康信息

* 以上第三方公司更新情况可至百年人寿官网首页 - 帮助中心 - 隐私协议中或扫描下述二维码查询。

4、如涉及处理 14 周岁以下未成年人的个人信息，我们只会受到法律允许、父母或者其他监护人明确同意或者保护儿童所必要的情况下处理此信息，请您确认您本人为该未成年人的父母或其他监护人。

5、如果您所提供的任何个人信息不是您本人的个人信息，在向我们提供其他个人信息主体的个人信息之前，请您确保，您已经向其披露了本授权书并取得其授权同意。

6、如何联系我们

如您对本授权书或您个人信息的相关事宜有任何疑问、意见或建议，请通过拨打统一客户服务电话 95542 联系，客服部门将会同相关业务部门人员及时答复您。

百年人寿保险股份有限公司

声明：“本人已扫描二维码，认真阅读并理解百年人寿保险股份有限公司《隐私声明》、《儿童个人信息保护政策》及以上《理赔业务个人信息声明授权书》。”



隐私声明



儿童个人信息保护政策

理赔申请人签名：

签署日期：

《理赔申请书》填写指南

1. 哪些人有权申请理赔？

- (1) 申请生存保险金（医疗保险金、残疾保险金、重疾保险金等）：由被保险人本人申请。
- (2) 申请身故保险金：由身故受益人申请，当多个身故受益人时，需填写理赔申请书和附页。
- A. 保险指定身故受益人：由保单指定的身故受益人申请。
- B. 保单未指定或指定不明无法确定身故受益人：由被保险人的全体继承人申请。
- C. 受益人先于被保险人死亡，没有其他受益人的：由被保险人的全体继承人申请。
- D. 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：由被保险人的全体继承人申请。
- (3) 仅申请保费豁免：由投保人或被保险人申请。
- 注：上述申请人未成年或不具备完全民事行为能力的，由申请人的监护人代为申请。

2. 身故保险金受益人为多人的情况，如何办理理赔申请？

申请身故保险金时，受益人需填写《身故受益人身份确认书》，多个受益人可共同办理理赔申请，也可委托一人办理理赔申请，多人委托一人办理时，每一委托人均需填写《理赔授权委托书》。

注：对于受益人为“法定”或未指定受益人的身故保险金理赔申请，本公司不负责保险金在权利人之间的继承份额划分，保险金一次性给付，由全体权利人共同受领或全体权利人授权一人受领。

3. 理赔时应准备哪些申请材料？

以下材料为办理理赔申请时所需的基本材料，由于保险事故的具体情况不同，本公司可能还会需要申请人提供一些与本次理赔相关的其他材料，如果需要，本公司理赔部门会及时与申请人取得联系。如申请人委托他人代理理赔申请，需提供受益人或有权领取保险金的人亲笔签名的《理赔授权委托书》，并注明授权范围，同时提供受益人或有权领取保险金的人、受委托人身份证明原件。

申请项目	应备资料编号	资料内容
意外医疗（门诊）	(1).2.3.5.7.9.(11).15	1. 保单（电子保单无需提供）； 2. 理赔申请书； 3. 被保险人（或出险人）的身份证明，被保人为未成年人或无民事行为能力时，监护人代为申请理赔，需提供监护人身份证明及关系证明； 4. 受益人身份证明、户籍证明、与被保险人的关系证明； 5. 门（急）诊病历； 6. 出院小结（出院记录）； 7. 医疗费用原始凭证、费用清单（处方）、医保结算清单（有医保赔付的客户）； 8. 医疗费用收据复印件； 9. 诊断证明书（医院出具的附有病理检查、血液检验或其他科学检验结果的疾病诊断证明书）； 10. 手术证明； 11. 意外事故证明（除公安机关等第三方介入的情况外，无需提供意外事故证明）； 12. 法医学鉴定书； 13. 死亡证明； 14. 法院出具的宣告死亡证明文件； 15. 申请人银行账户复印件。
意外医疗（住院）	(1).2.3.(5).6.7.9.(11).15	
疾病住院医疗	(1).2.3.(5).6.7.15	
一般住院津贴	(1).2.3.6.8.15	
癌症住院津贴	(1).2.3.6.8.9.15	
手术津贴	(1).2.3.6.8.10.15	
重大疾病	(1).2.3.(6).9.(12).15	
因重大疾病保费豁免	(1).2.3.6.9.(12).(15)	
疾病身故	1.2.(3).4.6.13.15	
因疾病身故的保费豁免	1.2.(3).4.6.13.(15)	
意外身故	1.2.(3).4.(5).6.(11).13.15	
因意外身故的保费豁免	1.2.(3).4.(5).6.(11).13.(15)	
疾病残疾	1.2.3.6.12.15	
意外残疾	1.2.3.(5).6.(11).12.15	
宣告死亡	1.2.(3).4.14.15	

注：1. () 为非必需提供的材料；2. 上述材料申请时须提供原件，如公司经审核只保留复印件的，原件将退还申请人。

4. 理赔申请中有相关疑问如何咨询？

向保险营销员咨询，或拨打本公司全国统一客服专线95542咨询，获得详细的信息。

提交理赔申请材料清单

	原件	复印件		原件	复印件		原件	复印件
<input type="checkbox"/> 保险凭证	() 页	() 页	<input type="checkbox"/> 诊断证明书	() 页	() 页	<input type="checkbox"/> 殡葬、火化证明	() 页	() 页
<input type="checkbox"/> 理赔申请书	() 页	() 页	<input type="checkbox"/> 病历、出院小结	() 页	() 页	<input type="checkbox"/> 残疾鉴定报告	() 页	() 页
<input type="checkbox"/> 事故者身份证明	() 页	() 页	<input type="checkbox"/> 医疗费收据	() 页	() 页	<input type="checkbox"/> 户口注销证明	() 页	() 页
<input type="checkbox"/> 受益人身份证明	() 页	() 页	<input type="checkbox"/> 医疗费结算明细表	() 页	() 页	<input type="checkbox"/> 意外事故证明	() 页	() 页
<input type="checkbox"/> 受益人关系证明	() 页	() 页	<input type="checkbox"/> 处方	() 页	() 页	<input type="checkbox"/> 领款账户证明	() 页	() 页
<input type="checkbox"/> 理赔授权委托书	() 页	() 页	<input type="checkbox"/> 医学检查报告	() 页	() 页	<input type="checkbox"/> 其他：_____	() 页	() 页
<input type="checkbox"/> 代理人身份证明	() 页	() 页	<input type="checkbox"/> 居民死亡证明	() 页	() 页	材料数量合计	() 页	() 页

签收人：

签收日期：