



9 0 0 0 0 0 0 6

(申请书流水号)



人 寿 保 险

聆 听 所 至 信 诚 所 在

理赔申请表



* C 0 1 0 0 4 0 1 *

为保障您的权益,请详细填写以下资料

服务营销员姓名/代码: 王一/61*****

理赔号码:

联系电话: 158*****

--	--	--	--	--	--	--	--

出 险 人	保单号码: 21*****	姓名: 李四	联系电话: 189*****
	职业/职位: ***广告公司内勤	联系地址: *市*区*路*号*小区*栋	国籍: 中国
	证件号码: 44*****	证件类型: 身份证	有效期至: 20290112
	出险人身份: <input checked="" type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 投保人		
投保人是被保险人的(关系声明): <input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其它_____			
申请项目: <input checked="" type="checkbox"/> 医疗费用 <input type="checkbox"/> 津贴 <input type="checkbox"/> 残疾 <input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 豁免保险费 <input type="checkbox"/> 身故			
保 险 事 故	事故时间: 2017年6月2日	事故地点: 广园路	事故原因: 走路不小心扭伤脚踝
	事故详细经过: 2017年6月2日在广园路与天寿路交界处,走路时不小心扭伤左脚踝,立即到**医院就诊,后续治疗5次,目前已经痊愈.		
支 付 方 式	非身故理赔: 银行 <u>工商银行</u> 开户城市 <u>济南</u> 户名 <u>李四</u> 账号 <u>622*****</u> (请提供被保险人账户。如被保险人为未成年人时,可提供投保人账户。如为信用卡,银行可能会收取提现手续费)		
	身故理赔: 身故保险金以银行自动转账方式支付,请填写《身故受益人确认表》。		

理赔资料及交接表

理赔资料		医疗费用/津贴	残疾/重大疾病/豁免	身故	原件份数	复印件份数
1. 责任认定及金额确定证明类	门诊病历、出院小结、检查检验报告	✓	✓	✓		
	医疗费用正式收据	✓				
	门诊/住院费用清单、医疗保险结算单	✓				
	意外事故证明(公安机关等出具的资料)	✓	✓	✓		
	死亡证明、户籍注销证明			✓		
2. 支付信息类	银行账户(卡)复印件	✓	✓	✓		
3. 身份证明类	被保险人身份证明	✓	✓	✓		
	投保人身份证明及与被保险人关系证明 (被保险人为未成年人时)	✓	✓			
	投保人身份证明(被保险人为未成年人)	✓	✓			
	受益人身份证明及与被保险人关系证明			✓		

声明及个人信息使用授权确认

- 本人确认,本人已经通过查阅中信保诚人寿保险有限公司官网(网址: www.citic-prudential.com.cn)的内容,阅读、理解并同意《中信保诚隐私政策》的全部内容。本人确认提交中信保诚人寿保险有限公司的个人信为本人自愿提供的真实信息,本人提供的被保险人及受益人的个人信息均已获得个人信息主体的明确授权同意。投保人、被保险人及受益人信息、理赔事项相关信息均准确无误,健康、财务、转账授权信息及其他告知信息属实。若信息不实,本人承担相应法律责任。
- 兹授权中信保诚人寿保险有限公司按相关法律法规规定的保存期限保留投保人、被保险人的个人信息,除非需要延长保留期或受到法律的允许。同意根据保险法的相关规定,保险期间在一年以下的保险产品或/和服务,相关个人信息从保险合同终止之日起计算保存5年;保险期间超过一年的保险产品或/和服务,相关个人信息从保险合同终止之日起计算保存10年。
- 兹声明,本人对医生的陈述、本申请表和随附文件记载内容保证确实无误。
- 本人充分理解并同意,基于履行保险合同及反洗钱、反欺诈等法定义务的必要,兹授权任何医疗机构、医护人员、公安机关、保险公司、工作单位、中信保诚人寿保险有限公司授权的第三方(含转委托)公司或其他机构及人士,均可以将有关投保人或被保险人的身体状况资料、投保资料、事故证明、保险事故信息、就诊情况及其他与投保人或被保险人的身份、职业、财务、联系方式相关的资料提供给中信保诚人寿保险有限公司及其代表。
- 本人充分理解并同意,基于履行保险合同及反洗钱、反欺诈等法定义务的必要,兹授权中信保诚人寿保险有限公司及合作机构有权在法律法规许可的范围内向第三方合作机构提供及查询、搜集、记录、核实、保存处理、传输部分或全部个人信息(包括但不限于核实本人身份、健康信息)。本人已经通过《中信保诚隐私政策》中“我们如何委托处理、对外提供、转让、公开披露您的个人信息”及“您的个人信息如何在全球范围转移”的内容,充分理解此类个人信息共享的范围、共享目的和接收方身份。
- 兹授权中信保诚人寿保险有限公司以银行自动转账方式支付保险金,并同意承担因银行账号提供错误导致转账不成功的一切后果,中信保诚人寿保险有限公司不承担责任。

申请人签名: 李四 日期: 20221226 受理人签名: _____ 日期: _____

反保险欺诈提示

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保险事故; 5. 故意造成被保险人死亡、伤残或者疾病的。

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;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;保险公司不承担赔偿或给付保险金的责任。保险事故的鉴定人、证明人、财产评估人故意提供虚假的证明文件,为他人诈骗提供条件的,将会受到相应的刑事或行政处罚。

CLM-007-2303

小额理赔申请表

适用于索赔金额 < 3,000 元的医疗险



为保障您的权益，请详细填写以下资料

服务营销员姓名/代码: 王-/61*****

理赔号码:

联系电话: 158*****

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

保单号码: 21*****	事故人姓名: 李四	联系电话: 189*****
职业/职位: ***广告公司内勤	联系地址: *市*区*路*号*小区*栋	国籍: 中国
证件号码: 44*****	证件类型: 身份证	有效期至: 20290112
关系确认: 投保人是被保险人的 <input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其它 _____		
出险人身份: <input checked="" type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 投保人		
投保人是被保险人的(关系声明): <input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其它 _____		
事故时间: 2017年6月2日	事故经过: 2018年6月2日在广园路走路时不小心扭伤左脚踝,立即到**医院就诊,目前已经痊愈。	

理赔资料及交接表

	理赔资料	原件	复印件
1. 责任认定及金额确定证明类	门诊病历、出院小结		
	医疗费用收据及费用清单、医疗保险结算单		
	意外事故证明(公安机关等出具的资料)		
2. 支付信息类	账户存折(卡)复印件: 银行: <u>工商银行</u> 开户城市: <u>济南</u> 户名: <u>李四</u> 账号: <u>622*****</u> (请提供被保险人账户。如被保险人为未成年人时,可提供投保人账户。如为信用卡,银行可能会收取提现手续费)		
3. 身份证明类	被保险人身份证明		
	投保人身份证明及与被保险人关系证明(被保险人为未成年人时)		
	投保人身份证明(被保险人为未成年人时)		

声明及个人信息使用授权确认

1. 本人确认,本人已经通过查阅**中信保诚人寿保险有限公司官网(网址: www.citic-prudential.com.cn)**的内容,阅读、理解并同意《**中信保诚隐私政策**》的全部内容。本人确认提交中信保诚人寿保险有限公司的个人信息为本人自愿提供的真实信息,本人提供的被保险人及受益人的个人信息均已获得个人信息主体的明确授权同意。投保人、被保险人及受益人信息、理赔事项相关信息均准确无误,健康、财务、转账授权信息及其他告知信息属实。若信息不实,本人承担相应法律责任。

2. 兹授权中信保诚人寿保险有限公司按相关法律法规规定的保存期限保留投保人、被保险人的个人信息,除非需要延长保留期或受到法律的允许。同意根据保险法的相关规定,保险期间在一年以下的保险产品或/和服务,相关个人信息从保险合同终止之日起计算保存5年;保险期间超过一年的保险产品或/和服务,相关个人信息从保险合同终止之日起计算保存10年。

3. 兹声明,本人对医生的陈述、本申请表和随附文件记载内容保证确实无误。

4. 本人充分理解并同意,基于履行保险合同及反洗钱、反欺诈等法定义务的必要,兹授权任何医疗机构、医护人员、公安机关、保险公司、工作单位、中信保诚人寿保险有限公司授权的第三方(含转委托)公司或其他机构及人士,均可以将有关投保人或被保险人的身体状况资料、投保资料、事故证明、保险事故信息、就诊情况及其他与投保人或被保险人的身份、职业、财务、联系方式相关的资料提供给中信保诚人寿保险有限公司及其代表。

5. 本人充分理解并同意,基于履行保险合同及反洗钱、反欺诈等法定义务的必要,兹授权中信保诚人寿保险有限公司及合作机构有权在法律法规许可的范围内向第三方合作机构提供及查询、搜集、记录、核实、保存处理、传输部分或全部个人信息(包括但不限于核实本人身份、健康信息)。本人已经通过《中信保诚隐私政策》中“我们如何委托处理、对外提供、转让、公开披露您的个人信息”及“您的个人信息如何在全球范围转移”的内容,充分理解此类个人信息共享的范围、共享目的和接收方身份。

6. 兹授权中信保诚人寿保险有限公司以银行自动转账方式支付保险金,并同意承担因银行账号提供错误导致转账不成功的一切后果,中信保诚人寿保险有限公司不承担责任。

申请人签名: 李四 日期: 20221226 受理人签名: _____ 日期: _____

反保险欺诈提示

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保险事故; 5. 故意造成被保险人死亡、伤残或者疾病的。

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;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;保险公司不承担赔偿或给付保险金的责任。保险事故的鉴定人、证明人、财产评估人故意提供虚假的证明文件,为他人诈骗提供条件的,将会受到相应的刑事或行政处罚。