



理 赔 申 请 书

保险单号码: _____

为保证您的正当权益, 请您认真填写下表内容

申请人 信息	姓 名:	性 别:	证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他
	移动电话:	电子邮箱:	证件号码:
	国 籍:	职 业:	证件有效期: _____ 年 _____ 月 _____ 日
	常住联系地址: _____ 省 _____ 市 _____ 区/县 _____ 街道/乡镇路/村 _____ 号		
	申请人身份: <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 指定受益人 <input type="checkbox"/> 被保险人的继承人 <input type="checkbox"/> 监护人 <input type="checkbox"/> 其他: _____ (请注明)		
	与投保人关系:	与被保险人关系:	与保单约定的身故受益人关系:
	开户银行:	户名:	账号:
提示: 若被保险人与申请人为同一人, 则“被保险人信息”栏免填写*			
被 保 险 人 信 息	姓 名:	性 别:	证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他
	移动电话:	电子邮箱:	证件号码:
	国 籍:	职 业:	证件有效期: _____ 年 _____ 月 _____ 日
	常住联系地址: _____ 省 _____ 市 _____ 区/县 _____ 街道/乡镇路/村 _____ 号		
提示: 若被保险人身故, 且保单约定的身故受益人如与申请人不为同一人, 则本信息栏必填*			
出 险 概 况	出险日期:	出险诊断:	就诊医院:
	首诊时间:	首诊诊断:	首诊医疗机构:
	出险人是否在其它保险公司投保? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 若是, 请注明公司名称:		
	是否经公安、劳动及卫生等部门处理? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 若是, 处理部门: _____ (并请提供事故处理证明材料)		
	出险经过(包括事故时间、地点、原因、经过、结果及现状): _____		
索赔项目	<input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 全残 <input type="checkbox"/> 伤残 <input type="checkbox"/> 重疾 <input type="checkbox"/> 轻症 <input type="checkbox"/> 中症 <input type="checkbox"/> 豁免 <input type="checkbox"/> 医疗 <input type="checkbox"/> 特种疾病 <input type="checkbox"/> 失能 <input type="checkbox"/> 特殊门诊医疗 <input type="checkbox"/> 其他		

理赔委托授权声明

现委托 _____ 先生 / 女士前往贵公司办理有关保单申请项下事宜。本委托有效期为 _____ 天。(委托日期同本申请书的申请日期。)

代 办 人 身 份 信 息	姓 名:	联系方式:
	证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他	证件号码:
	与委托人关系 <input type="checkbox"/> 营销员 <input type="checkbox"/> 亲戚 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 其他: _____	
委托人签名: _____		代办人签名: _____

保险欺诈风险提示

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。

客户信息声明与授权

1、本人声明理赔申请书上所填写内容真实详尽, 与投保人与被保险人或受益人关系属实。

2、本人在此授权贵公司及受贵公司委托的第三方机构可向医院、诊所、医生、其他保险公司或其他任何组织或个人了解、索取或复印任何关于被保险人的住院病历、抢救经过、健康状况、既往病史、检查报告、医嘱、诊疗情况、保险事故发生经过、相关的笔录、体检报告或其他相关资料。本授权之影印件亦属有效。

3、转账授权声明: 本人同意弘康人寿保险股份有限公司将理赔金转入“理赔申请书”所提供的银行账户中。本人声明上述银行账户确为申请人本人的账户, 开户行名称、户名和账号均真实有效, 本人同意承担因银行账户提供错误而导致转账失败而产生的法律、经济责任。

申请人声明和签字: 本人已经阅读并知晓理赔须知, 已阅读并同意弘康人寿客户信息使用授权声明, 已阅读并同意中国保信客户信息使用授权声明, 已阅读并同意委托服务授权声明。(详见申请书背面)

申请人签名: _____

申请日期: _____



理 赔 须 知

尊敬的客户：

感谢您对我公司的支持。为了充分保证您的权益，提高理赔时效，请您在申请理赔时，按以下说明进行办理：

1、早报案、早结案：当被保险人发生合同约定的保险事故时，请您于10日内通知我公司，我们将为您提供理赔指引服务。

2、定点医院提醒：请被保险人按照保险合同约定，在指定的定点医院接受检查治疗，并使用当地社保医疗范围内的检查治疗项目或药品。

3、理赔资料提示：在检查治疗及事故处理过程中，请您及时收集和妥善保存好保险合同中约定的理赔申请所需证明文件和资料。您按照保险合同索赔时，应当向我公司提供其所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的证明和资料。我公司按照合同的约定，认为有关的证明和资料不完整的，将提示您补充提供。

4、理赔进度提示：如咨询理赔事宜，请拨打咨询电话**4008-500-365**，我们将为您提供详细解答。我公司在收到您提供的完整索赔资料的情况下，一般会在5个工作日内及时作出理赔决定；情形复杂的，最迟不超过30日内作出理赔决定，但合同另有约定的除外。在理赔审核完成后，我们会将理赔结果通知被保险人或者受益人；您也可以拨打查询电话**4008-500-365**或关注弘康人寿微信进行查询。

5、您可以登录弘康人寿官网（<https://www.hongkang-life.com/>）查阅理赔须知和下载最新版理赔《理赔申请书》。

附：申请理赔必备文件：

理赔项目	应备的文件与单证	文件或单证
住院津贴	1、2、3、4、5、6、（7）、14、16、18	1、保险合同原件
重大手术津贴	1、2、3、4、5、6、（7）、14、16、18	2、理赔申请书
住院医疗	1、2、3、4、5、6、（7）、14、16、18	3、门诊病历或急诊病历
健康专项检查金/重大疾病津贴	1、2、3、4、5、6、9、14、16、18	4、住院病历及出院小结
重大疾病/豁免	1、2、3、4、5、9、14、16、18	5、诊断证明书
疾病残疾	1、2、3、4、5、8、14、16、18	6、医疗费用原始收据及明细单
疾病身故	1、2、3、4、5、10、11、12、15、16、17、18	7、意外事故证明（若为意外需提供）
意外医疗（门诊）	1、2、3、5、6、7、14、16、18	8、鉴定报告
意外医疗（住院）	1、2、3、4、5、6、7、14、16、18	9、重大疾病相关证明及体检报告（病理报告等）
意外烧烫伤	1、2、3、4、5、7、8、14、16、18	10、死亡证明资料
意外伤害残疾	1、2、3、4、5、7、8、14、16、18	11、殡葬火化证明
意外伤害身故	1、2、7、10、11、12、15、16、17、18	12、户籍注销证明
生命尊严提前给付	1、2、3、4、5、9、14、16、18	13、宣告死亡判决书
宣告死亡	1、2、12、13、15、16、17、18	14、被保险人身份证明（如为无民事行为能力人，需提供监护人身份证明及监护关系证明）
		15、身故受益人身份证明及与被保险人的关系证明
		16、银行卡复印件或存折首页复印件（选择转账）
		17、身故受益人身份确认表
		18、个人客户居民税收身份声明文件

1、有效身份证件指由政府主管部门规定的证明其身份的证件，如：居民身份证、按规定可使用的有效护照、军官证、警官证、士兵证、户口簿等类型证件，这其中，户口簿仅限于未满16周岁的人员使用。

2、死亡证明材料包括：

（1）国务院卫生行政部门规定的医疗机构、公安部门或其他有权机构出具的被保险人的死亡证明；

（2）若非上述机构出具的死亡证明（如村委会/居委会），则须同时提供合法有效的户籍注销证明。

3、因意外导致的保险事故，并经由公安机关等有权机构处理的需提供意外事故证明。

中国保信客户信息使用授权声明

为提供保险服务的需要，本人同意贵司向中国保险信息技术管理有限责任公司（简称“中国保信”）报送本人的全部保单信息和理赔信息，并通过医疗机构、中国保信及知悉本人信息的其他机构查询、获取与本人有关的承保、理赔、医疗等信息。贵司及中国保信基于为本人或保险公司提供服务的需要对上述信息进行必要的使用及与相关机构进行信息共享，但均应严格履行保密义务。

委托服务授权声明

为提供保险服务的需要，本人同意弘康人寿保险股份有限公司委托第三方公司提供理赔服务，包括为客户提供理赔报案受理及立案，以及特殊原因需上门办理的相关业务。本授权之影印件亦属有效。