



## 理赔申请书

请您仔细阅读背面的理赔申请须知，本申请书必须由享有保险金请求权的人亲笔签名确认。

※保险合同号：

|                                                                                    |            |                                          |                                                                  |                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| 出险情况                                                                               | 出险人<br>※信息 | 姓名：                                      | 国籍： <input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他_____ | 证件类型： <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他_____ |
|                                                                                    |            | 有效期至：_____年 月 日                          | 证件号码：                                                            | 职业：                                                                 |
|                                                                                    |            | 至_____年 月 日/ <input type="checkbox"/> 长期 | 性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女        | 出生日期：_____年 月 日                                                     |
|                                                                                    | 联系电话：      | 联系地址：                                    |                                                                  |                                                                     |
| ※事故经过描述（简要填写事故的时间、地点、起因、经过和结果等）                                                    |            |                                          |                                                                  |                                                                     |
| 出险人是否在其他保险公司投保人身险： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 承保公司_____ |            |                                          |                                                                  |                                                                     |

|                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                |                                          |                                                                  |                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| 申请信息                                                                                                                                                                                                                                             | 若与出险人为同一人，申请人信息无须填写                                                                            |                                          |                                                                  |                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                  | 申请人<br>信息                                                                                      | 姓名：                                      | 国籍： <input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他_____ | 证件类型： <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他_____ |
|                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                | 有效期至：_____年 月 日                          | 证件号码：                                                            | 职业：                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                | 至_____年 月 日/ <input type="checkbox"/> 长期 | 性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女        | 出生日期：_____年 月 日                                                     |
| 联系电话：                                                                                                                                                                                                                                            | 联系地址：                                                                                          |                                          |                                                                  |                                                                     |
| ※理赔类型（可多选）： <input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 伤残 <input type="checkbox"/> 重疾 <input type="checkbox"/> 轻症 <input type="checkbox"/> 豁免 <input type="checkbox"/> 医疗 <input type="checkbox"/> 津贴 <input type="checkbox"/> 其他_____ |                                                                                                |                                          |                                                                  |                                                                     |
| 理赔金<br>※领取                                                                                                                                                                                                                                       | 领取方式： <input type="checkbox"/> 转账 <input type="checkbox"/> 现金 <input type="checkbox"/> 其他_____ | 账户名：                                     |                                                                  |                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                  | 开户<br>银行                                                                                       | _____银行<br>_____市分行                      | _____银行<br>_____账号                                               |                                                                     |

### 反保险欺诈提示

诚信是保险合同的基本原则，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。

若参与或实施保险欺诈行为，理赔相关信息将被纳入保险行业共享范围。

### 申请人与受托人声明与授权

- 本人提交给贵公司的所有资料与证明文件均属实，且申请书上所填写内容真实无误。
- 本人同意承担因账号提供错误导致转账不成功或因委托他人代领赔付金没有收到的责任，贵公司不承担责任。
- 本人已阅读《东吴人寿信息处理规则告知书》，同意并授权贵公司因保险服务需要，按《东吴人寿信息处理规则告知书》的规则处理本人个人信息，并采取必要措施保证本人信息安全。



□已扫描阅读信息处理规则告知书

|                                                          |      |                                                                                                    |                                                                                                    |               |
|----------------------------------------------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 授权委托                                                     | 受托人  | 姓名：                                                                                                | 类型： <input type="checkbox"/> 业务人员 <input type="checkbox"/> 内勤人员 <input type="checkbox"/> 其他人员_____ | 业务代码：请扫描阅读告知书 |
|                                                          |      | 证件类型： <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他_____                                | 证件有效期至：_____年 月 日至_____年 月 日/ <input type="checkbox"/> 长期                                          |               |
|                                                          |      | 证件号码：                                                                                              | 联系号码：                                                                                              | 联系地址：         |
|                                                          | 委托事项 | <input type="checkbox"/> 办理理赔申请 <input type="checkbox"/> 受领理赔决定通知 <input type="checkbox"/> 其他_____ |                                                                                                    |               |
| 本人保证授权人亲笔签名授权上述委托事项，授权自委托事项办结起自动终止。若受托行为超出授权范围，自愿承担相应责任。 |      |                                                                                                    |                                                                                                    |               |
| 受托人签字：_____ 日期：_____年 月 日                                |      |                                                                                                    |                                                                                                    |               |

☆申请人（授权人）签字：

受理人签字：

备注：

日期：\_\_\_\_\_年 月 日 签名前请扫描阅读《东吴人寿信息处理规则告知书》

日期：\_\_\_\_\_年 月 日

## 理赔申请须知

| 理赔类型                                                              | 所需资料     | 资料一览                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 门诊费用                                                              | ①②⑥⑦⑧    | ① 理赔申请书<br>② 门诊病历<br>③ 出院小结<br>④ 确诊重大疾病所需的病理检验、血液检验、影像学检查及保险条款中约定的检查报告<br>⑤ 伤残鉴定报告<br>⑥ 医疗发票<br>⑦ 费用明细清单<br>⑧ 被保险人证件<br>⑨ 身故受益人证件<br>⑩ 受益关系证明<br>⑪ 死亡证明<br>⑫ 户籍注销证明<br>⑬ 保险合同 |
| 住院费用                                                              | ①②③⑥⑦⑧   |                                                                                                                                                                               |
| 各类津贴                                                              | ①②③⑥⑧    |                                                                                                                                                                               |
| 重大疾病                                                              | ①②③④⑧    |                                                                                                                                                                               |
| 伤残                                                                | ①②③⑤⑧    |                                                                                                                                                                               |
| 身故                                                                | ①②③⑨⑩⑪⑫⑬ |                                                                                                                                                                               |
| 发生保险事故时，若有公安、法院或其他第三方机构参与的，请提交第三方事故证明材料，如：交通事故责任认定书、安监证明、意外事故证明等。 |          |                                                                                                                                                                               |

### 1、申请资料说明

- (1) 上述 13 类申请资料，是一般理赔案件的正常情形下的申请资料，并非全部申请资料；
- (2) 不同的保险产品条款中，详细约定了理赔申请资料种类，若我们认为有必要，您需要补充所需资料中未包含的申请资料；
- (3) 根据您提供的申请资料，若不能认定发生的事故是否属于保险责任，请您配合提供我们认为有必要的申请资料。

### 2、申请人资格

- (1) 除被保险人身故的情形，其他类型的理赔申请人均为被保险人本人；
- (2) 当被保险人不具备民事行为能力时，理赔申请人为被保险人的法定监护人；
- (3) 被保险人身故的情形，理赔申请人为被保险人的身故受益人。

### 3、委托申请理赔

如您委托他人申请理赔事项，须签署授权委托书，授权委托书须理赔申请资格人亲笔签名，且需注明授权范围或事项，并提供委托双方身份证件。

### 4、理赔处理流程

- (1) 东吴人寿保险股份有限公司（以下简称“我司”）授权我司分支机构为您提供理赔服务，包括但不限于理赔材料受理、理赔问题解答等，并代表我司出具相关理赔文书。
- (2) 发生保险事故后，请您拨打我司服务电话 95354 或到我司服务网点亲办等方式向我们报案；
- (3) 若您未及时报案，但已按照理赔申请资料要求准备好相关资料，您可直接到我司服务网点或通过我司官方微信服务号提交理赔申请；
- (4) 对于您提出的理赔申请，符合受理条件的，我们将予以受理；对于不符合受理条件的，我们不予受理并向您解释原因；
- (5) 受理理赔申请后，我们将迅速进行审核及必要的处理，及时做出理赔决定。一般案件在 5 个工作日内结案，需进一步调查、核实的案件在 30 日内结案；
- (6) 若我司作出理赔给付的决定，将按照您提供的银行账号，通过银行转账方式向您支付理赔款；
- (7) 若我司作出不予赔付的决定，将在 3 日内向您发出不予赔付决定通知书，并说明理由。