



中荷人寿
BOB-CARDIF LIFE

中荷人寿保险有限公司

理赔申请书(附页)

出险人姓名:	证件类型: <input type="checkbox"/> 居民身份证 <input type="checkbox"/> 军官证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 户口本 <input type="checkbox"/> 其他: _____
	证件号码

其他保险金权利人(即保险金受益人或继承人)及领款信息(受益人或继承人为二人及二人以上时需填写本表)

姓名:	证件类型: <input type="checkbox"/> 居民身份证 <input type="checkbox"/> 军官证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 户口本 <input type="checkbox"/> 其他: _____		
证件有效期限:	证件号码		
性别:	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:
			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: _____
固定电话:	手机:	电子邮件:	
常住地址: _____省/直辖市_____市_____区/县_____			
账户名: (如账户名与权利人或其监护人不为同一人, 请另填授权委托书)			
开户银行:		开户地(省/市):	
账户号:			

姓名:	证件类型: <input type="checkbox"/> 居民身份证 <input type="checkbox"/> 军官证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 户口本 <input type="checkbox"/> 其他: _____		
证件有效期限:	证件号码		
性别:	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:
			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: _____
固定电话:	手机:	电子邮件:	
常住地址: _____省/直辖市_____市_____区/县_____			
账户名: (如账户名与权利人或其监护人不为同一人, 请另填授权委托书)			
开户银行:		开户地(省/市):	
账户号:			

姓名:	证件类型: <input type="checkbox"/> 居民身份证 <input type="checkbox"/> 军官证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 户口本 <input type="checkbox"/> 其他: _____		
证件有效期限:	证件号码		
性别:	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:
			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: _____
固定电话:	手机:	电子邮件:	
常住地址: _____省/直辖市_____市_____区/县_____			
账户名: (如账户名与权利人或其监护人不为同一人, 请另填授权委托书)			
开户银行:		开户地(省/市):	
账户号:			

姓名:	证件类型: <input type="checkbox"/> 居民身份证 <input type="checkbox"/> 军官证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 户口本 <input type="checkbox"/> 其他: _____		
证件有效期限:	证件号码		
性别:	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:
			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: _____
固定电话:	手机:	电子邮件:	
常住地址: _____省/直辖市_____市_____区/县_____			
账户名: (如账户名与权利人或其监护人不为同一人, 请另填授权委托书)			
开户银行:		开户地(省/市):	
账户号:			

姓名:	证件类型: <input type="checkbox"/> 居民身份证 <input type="checkbox"/> 军官证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 户口本 <input type="checkbox"/> 其他: _____														
证件有效期限:	证件号码														
性别:	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:												
		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: _____													
固定电话:	手机:	电子邮件:													
常住地址: _____省/直辖市_____市_____区/县_____															
账户名: _____ (如账户名与权利人或其监护人不为同一人, 请另填授权委托书)															
开户银行:										开户地(省/市):					
账户号:															

其他需说明事项

声明及授权

- 1、上述权利人保证理赔申请书所填写的内容真实。
- 2、上述权利人为提供保险服务的需要, 同意并授权中荷人寿保险有限公司(以下简称贵公司): 通过知悉出险人本人信息的任何机构(包括但不限于医生、医院、诊所、保险公司、合作医疗组织、政府机构等)查询、调阅、摘抄、复印与出险人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); 贵公司及与贵公司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, 贵公司及与贵公司具有必要合作关系的机构应采取有效措施并承担保密义务。
- 3、上述权利人知晓除由贵公司经正式程序修改或批注的内容外, 其它任何人的口头及书面陈述, 报告或合约, 贵公司不需负任何责任。
- 4、上述权利人授权贵公司将本次理赔金或其他费用按保单约定或法定份额分别转入每一权利人的指定帐户, 由权利人或其授权人过错导致的付款不成功, 未及时, 或未全额收取相关款项的, 贵公司不承担责任。
- 5、若申请个人税收优惠型健康保险产品理赔, 请扫描右侧二维码了解相关授权及政策内容。
- 6、理赔业务授权委托(如为委托他人办理理赔业务请填写, 同一理赔申请只接受委托于一位受托人)



请双面打印使用

权利人 _____ 授权(受托人姓名) _____

(身份证号: _____) (移动电话: _____)

(通讯地址及邮编 _____)

(为 不为贵公司保险代理人) 至贵公司办理(请勾选): 办理理赔申请、受领退回的申请材料及受领理赔结论通知; 签订理赔协议。

保险金权利人暨授权人签字:
(如权利人为未成年人, 请其法定监护人签字)

受托人签字:

签署日期: _____年 _____月 _____日

签署日期: _____年 _____月 _____日