



保险合同编号: P0000XXXXX / (以下信息均为必填项, 请用正楷字、黑色或蓝黑色墨水笔填写, 所有勾选事项请以“√”表示)

理赔类型 门诊/住院/手术津贴 住院/门诊费用报销 伤残 重大疾病/特定疾病/癌症/传染病 意外身故 非意外身故 其它: _____

被保险人	姓名: 张四 (如被保险人与申请人为同一人, 可免填申请人信息) 性别: <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 国籍: <input checked="" type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 美国 <input type="checkbox"/> 其他国家 _____
	是投保人的(关系声明): <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input checked="" type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 出生地: <input checked="" type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 美国 <input type="checkbox"/> 其他国家 _____
	证件类型: <input checked="" type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 户口本 <input type="checkbox"/> 其他 (成年人提供身份证, 仅未成年人可提供户口本) 证件号码: 4 X X X X X 2 0 1 0 0 4 1 6 X X 1 X
	职业: 学生 联系电话: 136XXXXXXX 证件有效期至: 2024年05月17日 -- 2029年05月17日 / <input type="checkbox"/> 长期

住所或工作地址(请填写经常居住地或工作地址, 如有信函等资料寄送将邮寄至该地址):
广东省 深圳市 福田区 沙头街道XX小区XX栋X单元XX 门牌号/区组

申请人	姓名: 张三 性别: <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 是被保险人的(关系声明): <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input checked="" type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他 _____
	国籍: <input checked="" type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 美国 <input type="checkbox"/> 其他国家 _____ 是投保人的(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"/> 其他 _____
	出生地: <input checked="" type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 美国 <input type="checkbox"/> 其他国家 _____ 证件类型: <input checked="" type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他 _____
	证件号码: 4 X X X X X 1 9 7 5 0 6 1 8 X X 1 X 证件有效期至: 2022年11月11日 -- 年 月 日/ <input checked="" type="checkbox"/> 长期

职业: **医生** 联系电话: **136XXXXXXX**

住所或工作地址(请填写经常居住地或工作地址, 如有信函等资料寄送将邮寄至该地址):
广东省 深圳市 福田区 沙头街道XX小区XX栋X单元XX号 门牌号/区组

领款人: **张三** (如受益人未满18周岁, 请提供监护人的领款账户。身故案件请在后面《身故受益人信息表》中填写。)

银行账号: **6 X X X X X X X X X X X X X X X X X X 6 6** 开户银行: **招商银行** (请填写完整的银行名称)

个人税收居民身份: 是否仅为中国税收居民(在中国境内有住所, 或者无住所而在境内居住满一年的个人) 是 否 (详见《个人税收居民身份声明文件》说明部分, 如选择“否”需要额外填写《个人税收居民身份声明文件》, 未成年人由监护人代签。)

出险概况

原因: 意外 疾病 时间: **2024-12-26** 地点: **中国 广东省 深圳市 福田区 XX学校** (场所) 就诊医院: **深圳市第X医院**

经过: **放学途中被机动车撞倒, 小腿骨折住院治疗**
(如意外, 请简述事故原因及经过; 如疾病, 请简述疾病名称、首次确诊日期、诊疗经过及出院日期; 如身故, 请填写身故时间及原因)

如属于交通事故, 被保险人在事故中属于: 行人 驾驶员 乘客 如属于驾驶员或乘客请选择交通工具: 汽车 摩托车 其它: _____

调查及处理该事故的机构名称: **XX交警队** 被保险人是否在其他公司投保或理赔: 否 是 承保公司: _____

被保险人是否已在第三方获赔: 否 是 获赔金额: **2622元** 第三方: 社保 保险公司 其它: **XX保险公司**

反保险欺诈提示

最大诚信是保险合同基本原则, 保险欺诈将承担以下责任:

【刑事责任】进行保险诈骗犯罪行为, 将会受到最高十年以上有期徒刑, 并处罚金或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(详见《刑法》第198条)。

【行政责任】进行保险诈骗活动, 尚不构成犯罪的, 将会受到15日以下的拘留、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, 也会受到相应行政处罚(详见全国人大常委会《关于惩治破坏金融秩序犯罪的决定》第16、21条)。

【民事责任】故意或因重大过失未履行如实告知义务, 或者投保人、被保险人故意制造保险事故的, 保险公司不承担赔偿或给付保险金的责任; 以伪造、变造的有关证明、资料或者其他证据, 编造虚假的事故原因或者夸大损失程度的, 保险公司对其虚报的部分不承担赔偿或给付保险金的责任。(详见《保险法》第16、27条)。

声明及授权

- 本人的陈述与事实确实无误, 且已阅读并知晓《反保险欺诈提示》, 若本人参与或实施保险欺诈行为, 保险公司有权将相关理赔信息纳入保险行业共享范围。
- 本人知晓并同意, 本人提供的个人信息包括姓名、性别、国籍、职业、住所地或者工作单位地址、联系方式、身份证件或者身份证明文件的种类、号码和有效期限、生物识别信息、健康生理信息等。
- 本人同意并授权, 为履行保险合同, 提供理赔等服务目的, 保险公司及其授权的机构和个人可向为保险公司提供服务所必须的合作商、社会医疗保险或新型农村合作医疗保险机构、公安机关、司法鉴定机构、医疗机构、保险公司及再保险公司、其他金融机构等有关机构以及一切熟悉被保险人健康、生活、经济状况、相关事故的人士检索、调阅、摘抄、复印或以其他方式, 获取任何本人或被保险人与理赔申请相关的资料。本人愿意承担由此产生的一切法律责任, 本授权声明之影印件亦有效。
- 本人同意并授权, 保险公司有权使用或向为保险公司提供服务所必须的合作商提供本人的上述个人信息, 用于履行保险合同、提供保单服务。
- 本人同意并授权, 为履行法定义务, 保险公司可将本人信息提供给司法机关、中国人民银行、保险业监管机构及其派出机构等监管机构或其指定的第三方、保险行业协会、同业公会等相关机构组织。
- 本人知悉并同意, 保险公司会尽最大努力合理保护个人信息, 并要求合作机构承担相应的保密义务。
- 本人同意保险公司的赔偿款项通过银行成功转账至本人领款账户则视为本人已收到该笔赔偿款项。
- 本人知悉并同意, 本人本次提交的姓名、性别、出生日期、证件号码、证件类型、证件有效期、国籍、职业相关信息、税收身份相关信息若与保险公司原留存信息不一致, 保险公司可同步更新上述信息, 并同意保险公司作上述授权使用。

所有受益人亲笔签名: **张三** 日期: **2025** 年 **01** 月 **02** 日

生存保险金(医疗保险金、残疾保险金、重疾保险金等)受益人为被保险人本人; 被保险人身故, 除身故保险金已指定身故受益人的, 保险金受益人为被保险人的法定继承人。(所有受益人均需签名, 如被保险人/受益人未满18周岁, 则由监护人签名)