



# 理赔申请须知

尊敬的客户：

您好！

为了能够更好地为您提供服务并充分保证您的权益，请您认真阅读理赔申请须知，确认已知悉并了解理赔申请须知中所描述的内容，包括反保险欺诈提示、受益人确定规则、客户信息授权声明及投保人与被保险人、受益人关系声明。

### 一、关于反保险欺诈提示

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；

诚信是保险合同基本原则，涉嫌保险欺诈将承担以下责任：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；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；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。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。

### 二、关于受益人确定规则

- 1. 医疗、特种疾病、重大疾病等保险金的受益人为被保险人本人。
- 2. 死亡保险金的受益人遵照《保险法》第十八条和第四十二条、《保险法》司法解释（三）第九条等相关法律规定确定。

### 三、关于客户信息授权声明

1. 本人授权英大泰和人寿保险股份有限公司（以下简称英大人寿），除法律另有规定之外，将本人提供给英大人寿的信息、享受英大人寿服务产生的信息（包括本〔单证〕签署之前提供和产生的信息）、英大人寿根据本条约定查询、收集的信息，用于英大人寿及其因服务必要委托的合作伙伴为本人提供服务，以及基于为本人提供更优质服务的目的，向英大人寿因服务必要开展合作的伙伴提供、查询、收集本人的信息。为确保本人信息安全，英大人寿及其合作伙伴对上述信息负有保密义务，并采取各种措施保证信息安全。

2. 为提供保险理赔服务的需要，本人授权：贵司可将本人的姓名、有效身份证件的类型、号码、保单信息、理赔信息，贵公司根据本保险合同之需要而查询和收集的相关信息提供给中国银行保险信息技术管理有限公司（以下简称“中国银保信”），并同意中国银保信对上述信息以及本人投保、承保、理赔、医疗健康信息，进行收集并经加工分析、合理使用后，传输给贵司用于保险风险评估、数据风控、核保审核、理赔调查等。

中国银保信的上述处理行为对您接受贵司服务具有必要性，不会对您的个人权益造成非法侵害。如有关于个人信息保护相关的问题咨询，您可以通过以下方式联系。

英大泰和人寿保险股份有限公司联系方式：4000-188-688；中国银保信联系方式：privacy@cbit.com.cn。

3. 本条款自本〔单证〕签署时生效，具有独立法律效力，不受合同成立与否及效力状态变化的影响。

### 四、关于投保人与被保险人、受益人的关系声明

本人确认本理赔申请所涉及的保险合同投保人与被保险人（即出险人）、受益人关系如下，并郑重声明以下陈述内容属实，并无虚假及重大遗漏。（团险保单无需填写）

|                                                                                                                                                          |  |       |                                                                                                                                                          |      |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--|
| 保单号1                                                                                                                                                     |  | 投保人姓名 |                                                                                                                                                          | 证件号码 |  |
| 与出险人关系： <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_____ |  |       | 与受益人关系： <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_____ |      |  |
| 保单号2                                                                                                                                                     |  | 投保人姓名 |                                                                                                                                                          | 证件号码 |  |
| 与出险人关系： <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_____ |  |       | 与受益人关系： <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_____ |      |  |
| 保单号3                                                                                                                                                     |  | 投保人姓名 |                                                                                                                                                          | 证件号码 |  |
| 与出险人关系： <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_____ |  |       | 与受益人关系： <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_____ |      |  |
| 保单号4                                                                                                                                                     |  | 投保人姓名 |                                                                                                                                                          | 证件号码 |  |
| 与出险人关系： <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_____ |  |       | 与受益人关系： <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_____ |      |  |

本人声明：已认真阅读上述理赔申请须知所有内容并知晓其含义。签字：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_。