



身故、意外及重疾索赔申请表

保险单号码: _____ 投保人/单位: _____

第一部分: 出险人与申请人信息

出险人姓名: _____ 性别: _____ 年 龄: _____
证件类型: _____ 证件号码: _____ 联系电话: _____
目前职业: _____ 电子邮箱: _____ 联系地址: _____

(注: 如果申请人为出险人本人, 无需填写申请人栏)

申请人姓名: _____ 性别: _____ 年 龄: _____
与出险人之关系: 配偶 父母 子女 监护人 其他: _____
证件类型: _____ 证件号码: _____ 联系电话: _____
目前职业: _____ 电子邮箱: _____ 联系地址: _____

第二部分: 索赔项目

意外伤残 意外身故 疾病身故 重大疾病 疾病全残 其他: _____

第三部分: 保险金领款账号

申请人授权永安财产保险股份有限公司(以下称“贵公司”)将赔付款项划入本人已在贵公司指定的银行账户
因在贵公司无指定的银行账户, 现本申请人递交银行卡复印件, 并授权贵公司将赔付款项划入对应的银行账户, 具体如下:
_____ 银行 _____ 分行 _____ 支行/分理处
帐号: _____ 户名: _____

第四部分: 出险原因为意外、身故和疾病全残时适用

1. 出险原因: 意外 疾病 2. 出险/住院时间: _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 时
3. 出险地点: _____ 省 _____ 市 _____ 区/县 _____
4. 事故是否经公安、交警、劳动、卫生部门或其他部门处理? 是(请提供) 否
5. 事故说明(请简述出险原因及经过): _____

第五部分: 出险原因为重大疾病时适用

1. 疾病诊断: _____ 2. 首次确诊日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日
3. 医院名称: _____
4. 诊疗经过: _____

第六部分:

如因本事故向其他保险机构索赔, 请告知: 机构名称: _____ 险 种: _____
索赔项目: _____ 赔付金额: _____

声明及授权

- 本人经过仔细审阅后确认上述所填内容、答案及与之有关的资料均为本人亲自提供。
- 上述各项内容、答案及与之有关的资料均完整并确实无误, 本人并无隐瞒或遗漏。
- 本人授权任何医生、医院、诊所、保险公司、公安机关、任何公立或私立的组织单位, 在任何时候均可以将有关被保险人的资料、报告或文件交给永安财产保险股份有限公司(以下简称“贵公司”)及其代表, 此授权书的副本与正本具有同样效力。
- 本人同意贵公司有关被保险人的资料用于保险、再保险、数据处理及统计事宜。
- 本人清楚明白并同意赔偿款项一经通过银行或第三方支付机构成功划账至本人账号, 即视为本人已收到该笔赔偿款项。
- 领取保险金后, 如有其他身故保险金受益人或法定继承人与贵公司发生争议或纠纷的, 本申请人无条件全额返还给给予本人的款项予贵公司, 一切法律责任及费用将由本申请人承担, 与贵公司无涉。

签名前请再次核对所填资料是否正确无误

申请人签名 _____ 日 期 _____

医疗险理赔申请书

投保单位		保单号码			
出险人姓名		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年龄	周岁
工作单位		身份证号			
联系电话		联系地址			
申请人与出险人系同一人的，则无须填写本部分					
申请人姓名		身份证号码			
联系电话		联系地址			
申请人身份	<input type="checkbox"/> 指定受益人 <input type="checkbox"/> 受益人监护人 <input type="checkbox"/> 法定受益人 <input type="checkbox"/> 受益人委托他人（填写授权委托书）				
领取保险金账户信息（若为转账且同投保时所提供的账户信息，无须填写本部分）					
开户行	_____银行_____市分行_____支行	户名		账号	
理赔申请事项	<input type="checkbox"/> 门急诊医疗 <input type="checkbox"/> 住院医疗 <input type="checkbox"/> 住院津贴 <input type="checkbox"/> 生育医疗 <input type="checkbox"/> 手术津贴 <input type="checkbox"/> 药房购药				
仅当申请门急诊医疗或住院医疗时,填写下列医疗信息					
注：相应理赔申请资料请按 诊治日期 、诊治顺序依次装订在本申请书后， 勿粘贴 ；若需要退发票，请注明并提供相应 发票复印件 。					
就诊日期	就诊医院	就诊原因	发票张数	发票总金额	补充说明
			合计 张	合计 元	
申请人声明与授权：					
1. 上述各项填报和本人提供的一切资料，均完全属实，如虚假或隐瞒，本人愿承担相应责任。 2. 本人授权任何知情的单位和个人均可向永安保险公司提供与本理赔申请有关的一切资料。 3. 本人同意贵公司向医疗及其他有关单位和个人调阅、摘抄、复印与本理赔申请相关的资料。 4. 本人同意贵公司将有有关被保险人的资料用于保险、再保险、数据处理及统计事宜。 5. 本人清楚明白贵公司的赔付款项一经通过银行成功转账在本理赔申请表所指定的帐户，将视为本人已收到该笔赔偿款项。					
申请人签名：			日期： 年 月 日		