



易安财产保险股份有限公司

理赔申请书（意健险类）

请被保险人于出险后及时如实填写本通知书所列各项内容，签章后速送保险公司。

被保险人		保单号码																									
身份证号		保险期限	自 年 月 日起至 年 月 日止																								
是否本人申请： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	受托人姓名：	联系人：	电话：																								
出险时间	年 月 日 时	出险地点																									
出险类别：	<input type="checkbox"/> 意外门诊 <input type="checkbox"/> 疾病门诊 <input type="checkbox"/> 意外住院 <input type="checkbox"/> 疾病住院 <input type="checkbox"/> 伤残 <input type="checkbox"/> 疾病身故 <input type="checkbox"/> 意外身故																										
出险原因、经过及施救情况：																											
账户信息：（被保险人本人） 户名： _____ 开户行： _____ 账号： _____ 兹声明本人填写的资料及提供的单证均为真实情况，无任何虚假和隐瞒，否则愿承担相应的法律责任，且视为自动放弃本次索赔；同意并委托保险公司就本次事故进行调查、取证、复印病历资料等相关事宜，不得因此追究相关单位或个人任何责任，并声明如下： 1) 委托书由本人亲自填写，如他人冒名代填代签，由填写人承担相应的民事责任，与保险公司无关； 2) 保险公司依据上述委托履行保险金给付程序，若产生经济纠纷，与保险公司无关； 3) 因账号提供错误，导致理赔款项转入他人账户的，保险公司不承担任何责任。 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> 被保险人/申请人（签章） 年 月 日 </div>																											
附呈文件： <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 保单复印件</td> <td><input type="checkbox"/> 出院证明</td> <td><input type="checkbox"/> 尸检报告</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 被保险人身份证明</td> <td><input type="checkbox"/> 住院诊断书</td> <td><input type="checkbox"/> 丧葬/火化证明</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 意外事故证明</td> <td><input type="checkbox"/> 门诊收据原件（ ）张</td> <td><input type="checkbox"/> 受益人户籍证明</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 残疾鉴定书</td> <td><input type="checkbox"/> 住院收据原件（ ）张</td> <td><input type="checkbox"/> 受益人身份证明</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> X光片及报告书</td> <td><input type="checkbox"/> 医疗费结算明细表</td> <td><input type="checkbox"/> 受益人关系证明</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 门诊病志</td> <td><input type="checkbox"/> 住院费用清单</td> <td><input type="checkbox"/> 授权委托书</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 病历（ ）页</td> <td><input type="checkbox"/> 死亡证明书</td> <td><input type="checkbox"/> 受托人身份证明</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 处方（ ）份</td> <td><input type="checkbox"/> 户口注销证明</td> <td><input type="checkbox"/> 银行账户信息</td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> 保单复印件	<input type="checkbox"/> 出院证明	<input type="checkbox"/> 尸检报告	<input type="checkbox"/> 被保险人身份证明	<input type="checkbox"/> 住院诊断书	<input type="checkbox"/> 丧葬/火化证明	<input type="checkbox"/> 意外事故证明	<input type="checkbox"/> 门诊收据原件（ ）张	<input type="checkbox"/> 受益人户籍证明	<input type="checkbox"/> 残疾鉴定书	<input type="checkbox"/> 住院收据原件（ ）张	<input type="checkbox"/> 受益人身份证明	<input type="checkbox"/> X光片及报告书	<input type="checkbox"/> 医疗费结算明细表	<input type="checkbox"/> 受益人关系证明	<input type="checkbox"/> 门诊病志	<input type="checkbox"/> 住院费用清单	<input type="checkbox"/> 授权委托书	<input type="checkbox"/> 病历（ ）页	<input type="checkbox"/> 死亡证明书	<input type="checkbox"/> 受托人身份证明	<input type="checkbox"/> 处方（ ）份	<input type="checkbox"/> 户口注销证明	<input type="checkbox"/> 银行账户信息
<input type="checkbox"/> 保单复印件	<input type="checkbox"/> 出院证明	<input type="checkbox"/> 尸检报告																									
<input type="checkbox"/> 被保险人身份证明	<input type="checkbox"/> 住院诊断书	<input type="checkbox"/> 丧葬/火化证明																									
<input type="checkbox"/> 意外事故证明	<input type="checkbox"/> 门诊收据原件（ ）张	<input type="checkbox"/> 受益人户籍证明																									
<input type="checkbox"/> 残疾鉴定书	<input type="checkbox"/> 住院收据原件（ ）张	<input type="checkbox"/> 受益人身份证明																									
<input type="checkbox"/> X光片及报告书	<input type="checkbox"/> 医疗费结算明细表	<input type="checkbox"/> 受益人关系证明																									
<input type="checkbox"/> 门诊病志	<input type="checkbox"/> 住院费用清单	<input type="checkbox"/> 授权委托书																									
<input type="checkbox"/> 病历（ ）页	<input type="checkbox"/> 死亡证明书	<input type="checkbox"/> 受托人身份证明																									
<input type="checkbox"/> 处方（ ）份	<input type="checkbox"/> 户口注销证明	<input type="checkbox"/> 银行账户信息																									
报案人：	报案时间：	报案方式：	<input type="checkbox"/> 电话 <input type="checkbox"/> 微信 <input type="checkbox"/> 其他																								

单证收集仅为保险索赔提供证明、依据、不构成保险人对赔偿责任的承诺。

装 订 线