



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。					
被保险人/申请人（签章）					
年 月 日					
附呈文件：					
<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