



人身险理赔申请书

(含资料调阅授权书)

以下栏目由申请人填写：

保险单号：

事故者姓名		性别		年龄		职业	
投保人			地址、电话				
事故经过：(包含：事故时间、地点、原因及事故者现状等要素，可附页)							
申请人姓名				身份证号：			
联系地址				联系电话			
申请人身份	<input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 指定受益人 <input type="checkbox"/> 法定受益人 <input type="checkbox"/> 受益人的监护人						
申请事项							
是否委托办理	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		与被委托人关系				
领款方式	<input type="checkbox"/> 现金 <input type="checkbox"/> 支票 <input type="checkbox"/> 银行转帐 <input type="checkbox"/> 申请人直接领取 <input type="checkbox"/> 委托他人代领						
开户行		户名		帐号			
权利人声明与授权： 1、本人在理赔申请书中所填写内容客观、真实、全面，若有错漏，愿意承担相应责任； 2、本人同意华安财产保险股份有限公司向医疗机构及其它有关单位和个人调阅、摘抄、复印与本次理赔申请相关的资料；本声明与授权影印件同样有效； 3、因本人账号提供错误致转账不成功或因委托他人代领款而没有收到保险金，保险公司不承担责任。 <p style="text-align: right;">申请人：_____ 年 月 日</p>							

第一联：由客户留存

以下栏目由保险公司理赔受理人员填写，交件人签字确认。

本公司收到理赔申请材料如下：					
	原件	复印件		原件	复印件
<input type="checkbox"/> 保险凭证	() 份	() 份	<input type="checkbox"/> 居民死亡证明	() 份	() 份
<input type="checkbox"/> 事故者身份证明	() 份	() 份	<input type="checkbox"/> 户口注销证明	() 份	() 份
<input type="checkbox"/> 授权委托书	() 份	() 份	<input type="checkbox"/> 丧葬、火化证明	() 份	() 份
<input type="checkbox"/> 代理人身份证明	() 份	() 份	<input type="checkbox"/> 病历、诊断书、出院小结	() 份	() 份
<input type="checkbox"/> 受益人身份证明	() 份	() 份	<input type="checkbox"/> 医疗费收据	() 份	() 份
<input type="checkbox"/> 受益人关系证明	() 份	() 份	<input type="checkbox"/> 医疗费结算明细表	() 份	() 份
<input type="checkbox"/> 意外事故证明	() 份	() 份	<input type="checkbox"/> 病理、血液、X光报告等	() 份	() 份
<input type="checkbox"/> 残疾鉴定报告	() 份	() 份	<input type="checkbox"/> 其它 _____	() 份	() 份
还需补充以下材料：_____					
提交人签名：	日期	受理人签收：		日期	



人身险理赔申请书

(含资料调阅授权书)

以下栏目由申请人填写：

保险单号：

事故者姓名		性别		年龄		职业	
投保人			地址、电话				
事故经过：(包含：事故时间、地点、原因及事故者现状等要素，可附页)							
申请人姓名				身份证号：			
联系地址				联系电话			
申请人身份	<input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 指定受益人 <input type="checkbox"/> 法定受益人 <input type="checkbox"/> 受益人的监护人						
申请事项							
是否委托办理	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		与被委托人关系				
领款方式	<input type="checkbox"/> 现金 <input type="checkbox"/> 支票 <input type="checkbox"/> 银行转帐 <input type="checkbox"/> 申请人直接领取 <input type="checkbox"/> 委托他人代领						
开户行		户名		帐号			
权利人声明与授权： 1、本人在理赔申请书中所填写内容客观、真实、全面，若有错漏，愿意承担相应责任； 2、本人同意华安财产保险股份有限公司向医疗机构及其它有关单位和个人调阅、摘抄、复印与本次理赔申请相关的资料；本声明与授权影印件同样有效； 3、因本人账号提供错误致转账不成功或因委托他人代领款而没有收到保险金，保险公司不承担责任。 <p style="text-align: right;">申请人：_____ 年 月 日</p>							

第二联：由公司留存

以下栏目由保险公司理赔受理人员填写，交件人签字确认。

本公司收到理赔申请材料如下：					
	原件	复印件		原件	复印件
<input type="checkbox"/> 保险凭证	() 份	() 份	<input type="checkbox"/> 居民死亡证明	() 份	() 份
<input type="checkbox"/> 事故者身份证明	() 份	() 份	<input type="checkbox"/> 户口注销证明	() 份	() 份
<input type="checkbox"/> 授权委托书	() 份	() 份	<input type="checkbox"/> 丧葬、火化证明	() 份	() 份
<input type="checkbox"/> 代理人身份证明	() 份	() 份	<input type="checkbox"/> 病历、诊断书、出院小结	() 份	() 份
<input type="checkbox"/> 受益人身份证明	() 份	() 份	<input type="checkbox"/> 医疗费收据	() 份	() 份
<input type="checkbox"/> 受益人关系证明	() 份	() 份	<input type="checkbox"/> 医疗费结算明细表	() 份	() 份
<input type="checkbox"/> 意外事故证明	() 份	() 份	<input type="checkbox"/> 病理、血液、X光报告等	() 份	() 份
<input type="checkbox"/> 残疾鉴定报告	() 份	() 份	<input type="checkbox"/> 其它 _____	() 份	() 份
还需补充以下材料： _____					
提交人签名：	日期	受理人签收：		日期	