

人身险理赔申请书

以下栏目请申请人填写：

保险单号：123456789789456123

被保险人姓名	<u>张三</u>	性别	<u>女</u>	年龄	<u>30</u>	职业	<u>办公室行政人员</u>
身份证号码	<u>431023198609052451</u>			联系电话	<u>12345678978</u>		
事故经过	事故日期	<u>2016-7-1</u>		事故地点	<u>昆明市西山区日新中路凯旋大厦</u>		
	事故简要经过： <u>因下雨路滑摔伤，导致右小腿骨折，左小臂骨折</u>						
	事故目前情况	<u>已康复</u>		事故是否通知本公司	<input type="checkbox"/> 是，请注明日期： <u>2016</u> 年 <u>7</u> 月 <u>1</u> 日 <input type="checkbox"/> 否		
	其它事故处理情况（请说明是否报公安/交警/劳动或卫生部门处理；事故者是否检验死因）				<u>无</u>		
	申请和获得补偿情况（是否正在申请或已获得其它保险公司、社保或第三者的给付及补偿）				<input type="checkbox"/> 是，请具体说明： <input checked="" type="checkbox"/> 否		
申请人身份：	<input checked="" 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	<input checked="" type="checkbox"/> 意外医疗 <input checked="" type="checkbox"/> 门诊医疗 <input type="checkbox"/> 住院医疗 <input type="checkbox"/> 住院补贴 <input type="checkbox"/> 身故给付 <input type="checkbox"/> 残疾给付 <input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 其它事项						
是否委托办理	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否		与委托人关系				
如属于保险责任 保险金领取方式：	1、 申请人本人要求通过银行转账（申请人为熟人时要同时提交《索赔及保险金领取协议书》） 开户银行： <u>招商银行昆明分行</u> ，户名： <u>张三</u> 账号： <u>8888 8888 8888 8888</u> 2、 委托（委托人需要出示本人证件和填写完整的《理赔授权委托书》）						
权利人声明与授权： 1、 本人在理赔申请书中所填写内容详尽确实，若有错漏，原因承担相应责任； 2、 同意诚泰财产保险股份有限公司向医疗机构及其他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，本人愿承担由此产生的一切法律后果；本声明与授权影印件同样有效； 3、 因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，贵公司不承担责任。 申请人： <u>张三</u> <u>2016</u> 年 <u>8</u> 月 <u>1</u> 日							
以上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	(<u>1</u>) 份	<input type="checkbox"/> 居民死亡证明	() 份	() 份		
<input type="checkbox"/> 事故者身份证明	() 份	(<u>1</u>) 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	(<u>1</u>) 份		
<input type="checkbox"/> 受益人身份证明	() 份	() 份	<input type="checkbox"/> 医疗费凭据	() 份	(<u>1</u>) 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	(<u>1</u>) 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	(<u>1</u>) 份		
<input type="checkbox"/> 残疾鉴定报告	() 份	() 份	<input type="checkbox"/> 其它				
还需要补充一下材料：_____							
提交人签名： <u>张三</u>	日期： <u>2016-8-1</u>			提交人签名： <u>张三</u>	日期： <u>2016-8-1</u>		