

易安财产保险股份有限公司

索赔申请书

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（请写到具体支行）：_____ 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	

本人及被保险人(本人承诺已取得被保险人代为处理其个人信息的全权委托)同意贵司可以提供本保险或与此相关的服务为目的，而收集或使用本人及被保险人的个人信息，无论该信息是从本次投保申请或其他渠道所获取。本人及被保险人理解并同意授权贵司及贵司合作伙伴为提升服务质量而可能查询、提供或使用本人及被保险人个人信息。本人及被保险人理解此声明自投保时生效，具有独立法律效力，不受保险合同效力状态变化的影响。